



**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ» (СПбГУ)**

ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГИИ

Выпускная квалификационная работа на тему:

**ОСОБЕННОСТИ САМОСТИГМАТИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ С РАССТРОЙСТВАМИ
ПСИХОТИЧЕСКОГО КРУГА**

по специальности 37.05.01 – Клиническая психология
специализация- Поведенческая психология здоровья

Рецензент:

Кандидат медицинских наук,
Зав. Реабилитационным отделением
СПбГКУЗ «ГПБ №6 (стационар с диспансером)»

Иванова Ева Борисовна

Выполнил:

Обучающийся 6 курса
очная форма обучения

Аргунова Валентина Андреевна

Научный руководитель:

Кандидат психологических наук,
старший преподаватель

Яничев Дмитрий Павлович

Санкт-Петербург

2018 г

АННОТАЦИЯ

Население склонно стигматизировать людей с психиатрическим диагнозом, относиться к ним с предубеждением. В то же время пациенты, не имеющие достаточных оснований, ожидают от других негативного отношения к себе из-за их психического расстройства. Это приводит к нарушению социализации и снижению самооценки. В литературе это явление называется самостигматизацией. Целью этой работы является изучение самостигматизации психически больных пациентов и выявление наиболее значимых клинических и психологических факторов, влияющих на формирование этого явления.

Для изучения связи между самостигматизацией и особенностями психопатологических состояний больных шизофренией, было проведено исследование, объектом которого стали 80 человек (24 человека – пациенты с верифицированным диагнозом шизофрении (F20), 56 человек – психически здоровые люди). Изучались: симптоматические особенности (симптоматический опросник SCL-90), уровень самооценки (методика Дембо-Рубинштейна), особенности самостигматизации (шкала оценки уровня самостигматизации П.Кэрригана), ценностные ориентации и удовлетворенность жизнью (Тест смысложизненных ориентаций Д.Леонтьева). Для проведения математического анализа были использованы: для определения статистически значимых различий между группами использовался критерий Манна-Уитни; для поиска взаимосвязей между переменными использовался коэффициент корреляции Спирмена, также были использованы: факторный, дисперсионный и множественный регрессионный анализ.

Результаты: Подтверждено существование связи между особенностями самостигматизации, выраженностью психопатологической симптоматики, самооценкой и удовлетворенностью жизнью.

ABSTRACT

«Speciality of self-stigmatization in patients with psychotic spectrum disorders».

The population tends to stigmatize people with a psychiatric diagnosis, treat them biased. At the same time, patients often without sufficient grounds expect from others a negative attitude towards themselves because of their mental disorder. This leads to a violation of socialization and a decrease in self-esteem. In the literature, this phenomenon is called self-stigmatization. The purpose of this work is studying the self-stigmatization of mentally ill patients and finding the most significant clinical and psychological factors affecting the formation of this phenomenon.

For studying of features of self-stigmatization at persons with psychotic disorders 80 people were interviewed: 24 people with psychotic diseases and 56 people without mental diseases. In the process of work the experimental psychological methods were used: the symptomatic questionnaire SCL-90 for searching actual painful experiences; the Dembo-Rubinshtein self-assessment scale, the test of Life-purpose Orientations (D. Leontiev) and the Self-Stigma of Mental Illness Scale (P. Corrigan).

To perform the mathematical analysis, we used: the Mann-Whitney test was used to determine the statistically significant differences between the groups; To find the relationships between the variables, the Spearman correlation coefficient was used, and factorial, variance and multiple regression analysis were also used.

Results: The existence of a link between the features of self-stigmatization, the severity of psychopathological symptoms, self-esteem and satisfaction with life was confirmed.

СОДЕРЖАНИЕ

АННОТАЦИЯ.....	2
ABSTRACT.....	3
ВВЕДЕНИЕ.....	6
ГЛАВА 1. Аналитический обзор литературы.....	10
1.1. Шизофрения.....	10
1.1.1.История изучения шизофрении.....	10
1.1.2.Понятие, этиология и симптоматика шизофрении.....	12
1.2.Самостигматизация.....	14
1.2.1.Понятие стигматизации и самостигматизации.....	14
1.2.2.Интернализация стигмы.....	18
1.2.3.Типологии самостигматизации в работах отечественных ученых...	19
1.2.4.Поэтапная модель самостигматизации П.Кэрригана.....	21
1.3.Смыслжизненные ориентации.....	22
Смыслжизненные ориентации при шизофрении.....	23
1.4.Самооценка.....	24
1.4.1.Понятие самооценки, функции, основные подходы к изучению....	24
1.4.2.Уровни самооценки личности.....	27
1.4.3.Формирование самооценки.....	28
1.4.4.Особенности самооценки у больных шизофренией.....	29
1.4.5.«Why try effect».....	30
1.5.Основные выводы по аналитическому обзору литературы.....	30
ГЛАВА 2. Методы и организация исследования.....	32
2.1.Цель и задачи исследования.....	32
2.2.Описание выборки исследования.....	33
2.3.Описание экспериментальных методов исследования.....	33
2.3.1.Опросник выраженности психопатологической симптоматики SCL-90-R.....	33
2.3.2.Шкала для оценки уровня самостигматизации The Self-Stigma Of Mental Illness Scale (SSMIS).....	34

2.3.3.Методика Дембо-Рубинштейн (в модификации А.М.Прихожан).....	35
2.3.4.Тест смысложизненных ориентаций (Д.А.Леонтьев).....	36
2.4.Описание методов математического анализа.....	36
ГЛАВА 3. Результаты исследования и их обсуждение.....	38
3.1.Сравнение средних значений.....	38
3.1.1.SCL-90-R.....	38
3.1.2.The Self-Stigma Of Mental Illness Scale (SSMIS).....	46
3.1.3.Методика Дембо-Рубинштейн (в модификации А.М.Прихожан)....	49
3.1.4.Тест смысложизненных ориентаций (Д.А.Леонтьев).....	52
3.1.5.Основные результаты сравнения средних значений и достоверности различий между группами.....	56
3.2.Корреляционный анализ.....	57
3.3.Факторный анализ.....	60
3.4.Дисперсионный анализ (ANOVA).....	61
3.5.Множественный регрессионный анализ.....	64
3.5.1. Множественный регрессионный анализ всей выборки.....	64
3.5.2. Множественный регрессионный анализ группы больных с расстройствами шизофренического круга.....	65
ВЫВОДЫ.....	67
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	69
СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ИСТОЧНИКОВ.....	71
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	80

ВВЕДЕНИЕ

По данным Всемирной организации здравоохранения к 2020 году психические заболевания могут войти в пятерку болезней, по причине которых снижается доля работоспособного населения. При этом самыми распространенными заболеваниями данного спектра являются шизофрения и депрессия. Уже сейчас по оценкам различных исследователей шизофренией страдает примерно 1% всего населения, точное определение степени распространенности затруднено вследствие различия подходов, которых придерживаются исследователи, методов исследования, используемой классификации, проблемы репрезентативности выборки [65]. Именно поэтому чрезвычайно важно изучать реабилитационный потенциал и ресурсы для снижения инвалидизации больных, а также факторы, влияющие на данный потенциал и ресурсы.

Одними из таких факторов являются феномены стигматизации и самостигматизации.

Для того, чтобы понять, что из себя представляет “самостигматизация”, необходимо рассмотреть понятие “стигматизация”.

Известно, что некоторая часть населения склонна предвзято и негативно относиться к определенным группам людей, обладающим каким-либо признаком или свойством, отличающим их от остальной части общества, то есть стигматизировать их [36,46,59]. М. Кабанов связывает это со стереотипами и предрассудками различного характера- социальными, историческими, религиозными [13,14]. В частности, примером такой группы могут служить люди с психическими расстройствами.

Следовательно, если человек, относящийся к данной группе, начинает воспринимать себя в соответствии с присвоенными ему извне свойствами, можно говорить о таком явлении как “самостигматизация”. В настоящее время “самостигматизацию” понимают как совокупность реакций человека на проявления болезни и свой статус психически больного в социуме [27]. Данный феномен имеет ряд последствий, таких как: чувство вины, стыда, снижение

самооценки, проблемы с адаптацией и социализацией и т.д., связанные со статусом психически больного [47].

Всё больше специалистов работают со самостигматизацией больных различными психическими расстройствами- изучение динамики состояния пациента и факторов, влияющих на его улучшение, является важным аспектом психопатологии. Именно поэтому субъективный опыт имеет значительную роль в развитии понимания психических заболеваний.

В данной работе феномен самостигматизации изучается в рамках заболеваний психотического круга, а именно расстройств шизофренического спектра.

Шизофрения- тяжелое психическое расстройство, влияющее на многие функции сознания и поведения, в том числе мыслительные процессы, восприятие, эмоции, мотивацию и даже двигательную сферу [38]. Существует огромное количество гипотез о причинах возникновения шизофрении, начиная с теорий, рассматривающих в качестве такой причины нездоровые взаимоотношения в семье, до биохимических концепций, предполагающих, что в основе болезни лежит нарушение метаболизма головного мозга, приводящее, например, к выработке веществ, вызывающих галлюцинации. Но, изучив достаточное количество трудов по заявленной теме исследования, нужно отметить следующее: анализ научных трудов и исследований современных авторов показывает, что до сих пор в науке нет понимания этиологии данной болезни. По ряду признаков, связанных с течением заболевания, можно дать более или менее позитивный прогноз о дальнейших перспективах развития у конкретного больного. О негативном прогнозе свидетельствуют раннее начало, неострый дебют заболевания, аутизм больного, отсутствие непосредственных стрессоров, негативные симптомы, низкая социальная адаптация. О позитивном прогнозе свидетельствуют наличие депрессии или мании, позднее начало, острый дебют, наличие непосредственных стрессоров, позитивные симптомы, наличие близких социальных связей [15].

Также немаловажную роль в лечении и реабилитации играет уровень самооценки больного и его удовлетворенность жизнью в целом, то есть как пациент оценивает себя и свои возможности на улучшение своего состояния. От самооценки также зависят отношения с окружающими людьми, уверенность в собственных силах, комплаенс между пациентом и врачом. В данном случае крайне важна адекватная самооценка пациентом себя, т.к. и заниженная, и завышенная вероятнее всего будут иметь негативные последствия.

Целью данной дипломной работы является изучение взаимосвязи между особенностями самостигматизации, самооценкой и выраженностью актуальных болезненных переживаний.

Задачи:

- с помощью соответствующих методик выявить наличие возможной взаимосвязи самостигматизации с уровнем актуальной самооценки;

- с помощью соответствующих методик выявить наличие возможной взаимосвязи самостигматизации со степенью выраженности болезненных симптомов.

- с помощью соответствующих методик выявить возможные различия между характеристиками самостигматизации психическими расстройствами у лиц со специальными знаниями в области психологии и без таковых.

Объект: особенности самостигматизации.

Предмет: особенности самостигматизации у больных с расстройствами психотического спектра.

Гипотезы исследования:

- 1.Существуют взаимосвязи между особенностями самостигматизации, самооценкой и характером актуальных болезненных переживаний;

- 2.Существуют различия по уровню самостигматизации, самооценки и актуальных переживаний у больных с расстройствами психотического круга и контрольной группой здоровых;

3.Существуют различия между характеристиками самостигматизации психическими расстройствами у лиц со специальными знаниями в области психологии и без таковых.

Практическая значимость данной работы заключается в систематизированном изложении результатов исследования, что позволит использовать их при разработке программ реабилитации и ресоциализации больных с психотическими расстройствами.

ГЛАВА 1. Аналитический обзор литературы

1.1. Шизофрения

1.1.1. История изучения шизофрении

В средние века болезни носили имя своего святого покровителя, которому следовало молиться, чтобы предохранить себя от нее или излечиться. В современной научной медицине болезнь может быть названа именем первооткрывателя.

Болезни, которую сейчас мы называем шизофрения, такое клиническое описание сделал швейцарский психиатр и психолог Эйген Блейлер. Его заслуги в психиатрии просто огромны. К моменту, когда болезнь была в значительной степени изучена, предшествовал этап истории под названием "dementia praecox", с которой началось изучение данного заболевания.

Впервые описал симптомы деменции, которые мы сейчас относим к шизофрении великий француз Эскироль . Именно тогда начался путь длиной более века от деменции прекокс до шизофрении. Эскиролю удалось установить различие между деменцией и идиотией, то есть установить неоднородность психических болезней. "Человек в состоянии деменции лишен благ, которыми он наслаждался ранее, это богатый, ставший бедным. Идиот же всегда был в несчастье и нищете. Состояние человека в деменции может измениться, состояние идиота никогда не меняется" [7].

Психиатры предпринимают попытки классификации психических болезней. В 1863 году немец Кальбаум защищает диссертацию на тему "Классификация душевных болезней". Он предложил в своей классификации различать особый класс психозов, связанных с определенной фазой физиологического развития. "Dementia praecox" естественным образом нашла здесь свое место как "пубертатная парафрения".

Таким образом, можно сказать, что к концу 19 века не было единой теории шизофрении, а разные её формы рассматривались как отдельные заболевания.

В конце 19- начале 20 века немецкий психиатр Э. Крепелин один из первых интегрировал имеющиеся в то время знания и описал психическое заболевание, которое называл ранним (прогрессирующим) слабоумием. Он наблюдал пациентов, у которых в подростковом возрасте диагностировали различные психозы и заметил, что через некоторое время у них начинали появляться схожая симптоматика. Также он предполагал, что описанное им заболевание, помимо схожей симптоматики, имеет единую нейробиологическую основу, но доказать это в то время было невозможно.

Теория Крепелина считается точкой отсчета в истории шизофрении и заболеваний шизофренического спектра. Однако спустя менее, чем 20 лет, его учение подверглось изменениям.

В начале 20 века Э. Блейлер, швейцарский психопатолог, считал основным критерием заболевания не ранее возникновение и прогрессивное течение, а диссоциацию психических функций. В связи с этим в науке укрепилось и стало активно использоваться название “шизофрения” [38].

В своем подходе Блейлер считал ключевой теорию диссоциации П.Жане, при этом учитывал принципы, описанные ранее Крепелиным. Таким образом, центральной частью заболевания он считал не продуктивные симптомы, а некоторый набор патологических изменений: эмоциональный и волевой дефект, аутичность, изменения мышления.

Огромный вклад в отечественную психиатрию внес А.В. Снежневский, который для исследования шизофрении привлекал специалистов не только из области психиатрии и медицины, но и смежных дисциплин. Андрей Владимирович также стал известен благодаря своей концепции вялотекущей шизофрении с ее расширенными диагностическими границами, которая неоднократно подвергалась критике и так и не была признана мировым научным сообществом.

1.1.2.Понятие, этиология, симптоматика шизофрении

Шизофрения (σχίζω- расщепление, φρήν- рассудок, -др.греч.)- прогрессирующее эндогенное психическое заболевание, которое сопровождается изменениями личности вследствие нарушения протекания когнитивных процессов и расстройств эмоционально-волевой сферы.

При отнесении шизофрении к группе эндогенных психических заболеваний учитывают, что решающее значение в этиопатогенезе болезни принадлежит внутренним механизмам её развития, а особенности клинических проявлений и течения существенно отличаются от экзогенных и экзогенно-органических нарушений.

Шизофрению чаще всего относят к заболеваниям, передающимся по наследству (об этом говорят многочисленные близнецовые исследования [12]), но при этом важную роль играют средовые факторы. Также на возникновении болезни негативно сказываются такие факторы как: наркомания, алкоголизм, стрессы, соматические заболевания. К социальным факторам, способствующим развитию шизофрении можно отнести степень урбанизации местности, в которой проживает человек, одиночество и патологические взаимоотношения с родителями, в которых отсутствовала поддержка. В отдельную группу можно выделить нейробиологические гипотезы происхождения шизофрении, такие как дофаминовая и кенуреновая.

Степень поражения шизофренией может колебаться от практически незаметных изменений личности до серьезных нарушений, делающих невозможной нормальную жизнь вне больницы. При определении прогноза необходимо учитывать, с каким именно типом шизофрении работают специалисты в каждом конкретном случае и какая симптоматика преобладает- негативная или позитивная. К негативным симптомам чаще всего относят исчезновение у человека характерных для него черт личности и способностей: ангедония, апатия, обеднение эмоциональной сферы, снижение мотивации. К продуктивным относят прежде всего бредовые расстройства и галлюцинации, а также расстройства мышления.

В МКБ-10 [9] на основании наличия тех или иных симптомов выделяют следующие типы шизофрении:

-Параноидная (характеризуется наличием таких продуктивных симптомов как бредовые расстройства и галлюцинации, а также дефицитарных-ослабление эмоциональных реакций, безразличие)

-Гебефреническая (основные изменения происходят в эмоциональной сфере, для нее характерны расстройства мышления, аффективное уплощение, потеря воли, нарастание социальной изоляции)

-Кататоническая (характерны нарушения психомоторной сферы: каталепсия, кататонический ступор)

-Недифференцированная (характеризуется наличием психотических симптомов)

-Остаточная (хроническая стадия заболевания, в течение длительного времени присутствуют слабовыраженные негативные симптомы)

-Постшизофреническая депрессия (возникает после уменьшения симптомов шизофрении, но некоторые из них все же остаются, хоть и проявляются менее выражено)

-Простая шизофрения (постепенное проявление негативных симптомов без психотических симптомов, снижение практически всех видов деятельности, все большее проявление странностей в поведении)

Помимо вышеперечисленных типов выделяют также другие типы шизофрении (например, синестопатическая и ипохондрическая) и шизофрения неуточненная.

В картине шизофренического психоза и в непсихотических дефектных стадиях болезни выявляется типичная дискордантность психических функций-рассогласование и дисгармоничность мышления, эмоций, моторики. Диссоциативность психических функций придает особую «шизофреническую» окраску всему поведению больных, которым свойственны также тенденция к интроверсии и общее оскудение эмоциональных реакций. Сохранность

формальных интеллектуальных функций дополняет своеобразие этих больных [32].

1.2.Самостигматизация

1.2.1.Понятие стигматизации и самостигматизации

Социальные стереотипы, существующие на данный момент в обществе, некогда действительно выполняли необходимые функции и служили на благо общества: его сохранению и развитию. Например, поощрение желательных форм поведения и наказание за нежелательное, избегание и отвержение людей, имеющих какие-либо заболевания (не только инфекционные, но и психические) были залогом сохранения популяций и безопасности для большей части населения. Все эти формы поведения имели практический смысл в доврачебную эпоху и играли значительную роль в формировании механизмов сохранения общества.

Сейчас понятие стигматизации в сфере психиатрии используется в случаях, когда говорят о предубеждениях, неадекватных представлениях и дискриминирующем поведении относительно людей с психическими расстройствами, их родственников, а также врачей-психиатров и психиатрических служб в целом.

Таким образом, стигматизация в психиатрии является процессом выделения индивида или группы людей на основании неприемлемого в обществе отклонения от нормы с целью применения некоторых санкций. Основоположником систематического изучения данного феномена стал Ирвинг Гофман, своей книгой “Стигма: Заметки об управлении испорченной идентичностью” [59] положивший начало исследованию стигматизации в отечественной и зарубежной психологии [36].

На данный момент существует несколько теорий, объясняющих возникновение стигмы: социологическая теория “социальных стереотипов”;

психологическая, где механизмом стигматизации является такой психологический защитный механизм как проекцию. Также некоторые авторы придерживаются концепции “испорченной идентичности”, теории “ярлыков” [4] и унитарной теории стигмы [35].

Значительная часть людей с относительно легкими формами психических расстройств страдает от стигматизации со стороны общества и её последствий больше, чем от проявлений болезни [49]. Данный феномен имеет ряд последствий, таких как: чувство вины, стыда, снижение самооценки, проблемы с адаптацией и социализацией и т.д., связанные со статусом психически больного [47]. Еще одним последствием стигматизации являются трудности при трудоустройстве и получении различных социальных компенсаций и возможностей [13].

На основании многочисленных исследований, можно говорить о том, что люди в целом принимают больных в качестве членов общества, но тем не менее стремятся избежать более близких контактов (например, жить вместе или работать [27]). Величина этой социальной дистанции в первую очередь зависит от типа психического расстройства- больные с острой психопатологической симптоматикой, а также проходившие лечение в психиатрических больницах, наиболее подвержены стигме [16].

Современные исследования стигматизации условно можно разделить на три направления: во-первых, это изучение стигматизации больных со стороны общества, во-вторых, самостигматизация и в-третьих, последствия стигматизации и самостигматизации и их преодоление.

Еще одним крайне деструктивным и болезненным является феномен самостигматизации: люди с психическим расстройством интернализируют предъявляемые им стереотипы и начинают выстраивать свое поведение согласно ожиданиям со стороны общества. Однако данное явление затрагивает не только действия- меняется не только поведение, но и самоощущение больного, его самооценка и уверенность в себе. Зачастую больные с высоким уровнем самостигматизации еще больше дистанцируются от общества,

становятся менее самостоятельными, больше инвалидизируются, то есть усугубляется социальная дезадаптация [40].

Стереотипы- это один из способов классификации информации. Негативные стереотипы, например, связанные с понятиями опасности и некомпетентности, зачастую связаны с наличием психического заболевания и могут наносить вред человеку, страдающему психическим расстройством. Несмотря на то, что стереотипы создаются обществом, отдельно взятый индивид может не соглашаться с той или иной точкой зрения. Как правило, люди, согласные с негативными стереотипами, будут испытывать негативные эмоциональные реакции, связанные с ним. Например, человек, который считает, что все люди с шизофренией опасны, в итоге может испытать чувство страха перед человеком с серьезным психическим расстройством. Из этой эмоциональной реакции и возникает дискриминация [53].

В научной литературе и практических исследованиях описана масса проявлений и последствий дискриминации, но, суммируя имеющиеся данные, можно выделить три основных эффекта [24]: во-первых, это социальная изоляция; во-вторых, утрата некоторых прав; и в-третьих, ограничение имеющихся возможностей (например, получение работы или каких-либо услуг[52]).

Люди, живущие с такими состояниями, как шизофрения, крайне уязвимы к самостигматизации. Когда человек усваивает стереотипы, они могут порождать негативные чувства и эмоции. Низкая самооценка и низкая самоэффективность являются основными последствиями таких эмоциональных реакций [90]. Самодискриминация, особенно в форме самоизоляции, приводит к пагубным последствиям, приводящим к тому, что люди реже обращаются за медицинской помощью, а также ухудшению здоровья и качества жизни [84,85]. Низкая самоэффективность и самооценка также приводят к тому, что люди не используют возможности для трудоустройства и не стремятся к самостоятельности. Самостигматизация снижает уверенность в себе и в собственных силах, тем самым умаляя надежду на улучшение своего состояния

или на выздоровление [82]. Были проведены исследования, согласно которым, выраженная самостигматизация оказалась связана со снижением такого чувства как надежда [95], а также способствует использованию избегающих копинг-стратегий [81]. Таким образом, самостигматизация является интраперсональным процессом, который в конечном итоге приводит к ухудшению состояния здоровья и качества жизни [54,90].

Исследования показывают, что воспринимаемая стигма ведет к снижению самооценки [71] и самоэффективности [86,90], а также к снижению реабилитационного потенциала [68,69].

С точки зрения теории ярлыков [67,70] предполагается, что до того, как люди входят в группу “психически больные”, они уже имеют некоторое количество культурных стереотипов о психических заболеваниях. Социальные психологи рассматривают стереотипы как структуры знаний, которых придерживается большинство членов социальной группы [45,57,61,66,75,76]. Чаще всего стереотипы о людях с психическими заболеваниями включают то, что эти люди опасны, некомпетентны в чем-либо, а также сами виноваты в своей болезни [50].

Когда человек сталкивается с тем, что ему ставят такой диагноз как шизофрения, эти стереотипы становятся для него актуальными, он их интернализирует. Также отдельные лица могут сократить свой круг общения, чтобы избежать стигматизации, вследствие чего возникает социальная изоляция, безработица и снижение доходов. Они также могут быть менее склонны искать помощи и быть приверженными медикаментозному лечению, из-за воспринятой стигмы [91,93]. Согласно некоторым исследованиям, самостигматизация снижает вероятность обращения за психологической помощью [89], а также негативно влияет на участие в социально-психологических лечебных мероприятиях [58].

1.2.2. Интернализация стигмы

Стигма - это социальное явление, которое социологи описывают через стереотипы и дискриминацию. К сожалению, некоторые люди с серьезными психическими заболеваниями интернализируют стигму и подвергаются значительным ударам по самооценке и самоэффективности. Однако самостигматизация не во всех случаях должна причинять вред. Люди, находящиеся в стигматизируемой группе не всегда интернализируют стигматизирующие установки. Рассмотрим исследования расизма, касающиеся афроамериканского сообщества. Теоретические психологические модели предполагали, что афроамериканцы имеют более низкую самооценку, чем белые американцы, потому что они интернализовали предубеждения и предрассудки о себе, которые доминировали в культуре [44]. Однако практические исследования раз за разом не подтверждали этого. Афроамериканцы могли иметь более высокую самооценку, чем белые американцы. Как это возможно? Афроамериканцы сообщали, что они знают о предрассудках белых американцев, но не считают, что это на самом деле относится к ним. Фактически, многие афроамериканцы сообщали, что невежество белых американцев может быть направлено на повышение своей значимости за счет других [62,64,79,87,88,94].

Таким образом, можно провести параллель между исследованиями самостигматизации в различных группах. В случае с психическими заболеваниями интернализация предрассудков также не является обязательным следствием стигмы. Многие люди считают стигму несправедливой и вместо того, чтобы принять её, ставят цель изменить положение вещей. Другие люди вообще не осознают стигму или её влияние на себя. Однако существует группа людей, которые интернализируют её и после страдают от снижения самооценки и самоэффективности. Такие люди могут извлечь пользу из структурированных программ психологической и социальной помощи, чтобы научиться справляться со стигматизирующими установками, влияющими на их

благополучие. Это могут быть групповые формы работы с участием тех, кто научился справляться с данной проблемой или участие в информирующих программах и тренингах по повышению психологической осведомленности. В любом случае крайне важно дальнейшее исследование вопроса стигматизации и самостигматизации для разработки практических методов расширения прав и возможностей людей с психическими заболеваниями, а также их адаптации в обществе, улучшения как физического, так и психологического состояния.

1.2.3. Типологии самостигматизации в работах отечественных ученых

Необходимость адаптации и социализации людей с психическими расстройствами, а также проблема толерантности общества к людям с данными заболеваниями обуславливают интерес как отечественных, так и зарубежных исследователей к вопросу самостигматизации. В настоящее время не существует единой типологии или классификации самостигматизации, однако в отечественной науке существует несколько наиболее известных и используемых.

Типология самостигматизации Михайловой И.И. [27,28].

Типология была разработана Михайловой И. И. под руководством Ястребова В.С. в Научном центре психического здоровья РАМН. За теоретическую основу было принято следующее определение самостигматизации: совокупность реакций больного как на само заболевание, так и на статус “психически больного”. Классификация разработана на основе сопоставления самостигматизации, психологических защит и степени удовлетворенности жизнью. Далее, с помощью кластерного анализа [26] автор выделил три формы самостигматизации, присущие психически больным:

- 1) Аутопсихическая- изменялись представления человека о себе, больной видел причину своей несостоятельности в болезни, снижались его требования к себе.
- 2) Компенсаторная форма заключается в подчеркивании разницы между собой и

“типичным психически больным”, то есть усиливается стигматизация других больных, при этом проявления заболевания у себя частично игнорируются.

3) Социореверсивная- пациенты трактовали отношение к себе со стороны других людей как предвзятое, полностью переставали отождествлять себя с группой здоровых людей.

При этом механизмы формирования самостигматизации в разных нозологических группах отличаются. Например, при шизофрении аутопсихическая форма самостигматизации может быть частью депрессивных проявлений и усиливающейся дефицитарной симптоматики; социореверсивная форма может быть элементом психотического статуса пациента; а компенсаторная может быть как проявлением тревоги, так и частью психотического состояния больного.

Типология самостигматизации Гонжал О. А. [8].

Особенность данной типологии заключается в том, что она разработана специально для заболеваний шизофренического спектра. Критериями являются текущие симптомы, особенности течения заболевания, личностные особенности, а также стадия заболевания. Таким образом, Гонжал выделяет следующие типы самостигматизации при шизофрении: 1) Дефект-ассоциированная форма характерна в период ремиссии, формируется в структуре дефицитарной симптоматики преимущественно у лиц с шизоидными чертами; 2) Личностно обусловленная форма встречается у достаточно сохранных пациентов и истеро-ипохондрическими реакциями; 3) Психотическая форма характерна для больных с параноидными тенденциями во время приступа или острого процесса с обострением продуктивной симптоматики.

В зависимости от этапа, на котором находится пациент, существуют различные методы коррекции не только состояния, но и самостигматизации. На начальных этапах действия направлены на достижение комплаенса. Также психотерапевтическая помощь может быть направлена на разрешение внутриличностных конфликтов и реабилитацию в целом. В случае

психотической формы помимо медикаментозного лечения рекомендуются такие формы работы как семейное консультирование и психотерапия.

1.2.4.Поэтапная модель самостигматизации П. Кэрригана

Самостигматизация зачастую приравнивается к восприятию стигмы, пониманию человеком того, что общество имеет предрассудки и дискриминирует человека из-за его психического заболевания. И вследствие этой дискриминации снижается самооценка и самоэффективность. В то время как в модели самостигматизации П. Кэрригана, процесс интернализации публичных стигм рассматривается поэтапно (рис.1) [51,54,60,90].

В данной модели первым шагом является осведомленность человека с психическим заболеванием о стереотипах, существующих в обществе (Aware). Затем человек может согласиться с тем, что эти негативные стереотипы верны по отношению к группе (Agree). После этого человек соглашается, что эти стереотипы относятся непосредственно к нему (Apply). В результате применения стереотипов к себе некоторые люди страдают сниженной самооценкой (чувствуют себя менее достойными) или самоэффективностью (чувствуют себя менее способными) (Hurts self).

В отличие от других исследований [80,81], посвященных самостигматизации, поэтапная модель демонстрирует пагубные последствия самостигматизации, которые не происходят на ранних этапах. Таким образом, можно сказать, что до тех пор, пока человек не применяет стигму к себе, не интернализирует её, вреда самооценке не наносится.

Одной из задач поэтапной модели является устранение последствий последних стадий, связанных с депрессивными состояниями, которые часто встречаются у людей с тяжелыми психическими заболеваниями.



Рис. 1. Поэтапная модель самостигматизации П. Кэрригана

1.3.Смыслжизненные ориентации

На данный момент качество жизни людей с психическими заболеваниями изучается не только с точки зрения количественных показателей, но и качественно, то есть структура удовлетворенности жизнью [39].

Одним из самых важных условий удовлетворенности жизнью является наличие и особенности личностных смыслов. Их главная цель- включение личности в изменяющиеся социальные условия, адаптация в обществе. Личностные смыслы являются частью более крупной системы- личности, при этом они представляют из себя собственную иерархическую систему, которая формируется в жизненном пространстве человека [37]. Данные смыслы затрагивают отношения индивида к самому себе, окружающим людям, а также к миру в целом, позволяя воспринимать целостную картину жизни, её значимость [23]. В процессе жизни личностные смыслы влияют на переживаемый опыт, формируют поведение человека через воздействие на эмоциональную и когнитивную сферы. Логично предположить, что искажение данных сфер или изменение механизмов смыслообразования приведут к изменению личностных смыслов, а затем и к дезадаптивному поведению. Особенно актуален данный вопрос относительно людей, имеющих психические заболевания, так как процесс развития и изменения личности у них непосредственно связан с течением заболевания, что крайне важно принимать во внимание в реабилитационной практике [18].

Наличие и поиски смысла не только жизни, но и любой деятельности, являются одной из главных ценностей личности. Совокупность таких

ценностных ориентаций и установок способствуют формированию целостности личности и её устойчивости. Согласно И.Ялому, человеку необходим смысл. Его отсутствие делает невозможным удовлетворение потребности в самоактуализации, а также усиливает фрустрацию, “экзистенциальный вакуум”, страдания ощущаются еще более остро, что может привести к суицидальным попыткам [20,43].

Смысложизненные ориентации при шизофрении

Шизофрения сопровождается психологическим стрессом и стигматизацией со стороны общества, что значительно снижает интерес к какой-либо деятельности, к самой жизни- утрачивается смысл. Зачастую у пациентов с шизофренией экзистенциальная тревога утраты смысла связана с уходом и избеганием данного вопроса [1]. Это можно объяснить нарушением критики к своей болезни и состоянию в целом- в ответ на ситуацию активизируются такие защитные механизмы как отрицание и вытеснение, которые препятствуют осознанию ситуации, связанной с заболеванием. Придание своему психотическому опыту разрушающего смысла или ощущение бессмысленности отрицательно влияют на стремление к выздоровлению и в целом на дальнейшую жизнь человека [1].

Исследования смысложизненных ориентаций в рамках шизофренического процесса говорят о том, что для группы больных характерно снижение как общего показателя осмысленности, так и отдельных компонентов. Так, в исследовании, проведенном специалистами Днепропетровской медицинской академии [42], помимо различий между группой здоровых и пациентов с шизофренией, были выявлены различия между группами мужчин и женщин. Оказалось, что у женщин в среднем показатели осмысленности выше, чем у мужчин. Результаты данного исследования в целом совпали с результатами исследования, проведенным Дж. Крамбо для валидации методики “Цель в жизни” (1968), в результате которого были

обнаружены значимые различия между группой здоровых и шестью клиническими группами. Среди клинических групп самые высокие показатели имели больные шизофренией [55].

1.4.Самооценка

1.4.1.Понятие самооценки, функции, основные подходы к изучению

Человек, находящийся в социуме, в течение своей жизни постоянно получает оценку себя и своих действий со стороны других людей- как близкого окружения, так и общества в целом. Сумма этих оценок в процессе жизни влияет на формирование самооценки, которая, в свою очередь, оказывает влияние на психику и отдельные компоненты личности. Также самооценка является одной из важнейших частей Я-концепции личности [3]. Я-концепция формируется под воздействием самооценки на основе знаний о себе, получаемых человеком в процессе жизни, и является центральным компонентом личности.

Самооценка играет важнейшую роль в регуляции поведения человека, она непосредственно влияет на то, насколько успешно человек будет выстраивать отношения с внешним миром, другими людьми и самим собой. То есть самооценка определяет личность не только в данный момент, но и оказывает влияние на её формирование и развитие в дальнейшем.

Под самооценкой обычно понимают субъективную оценку человеком своих способностей (физические, эмоциональные, интеллектуальные и тд.), своего социального статуса, отношения к себе и к окружающим, а также нравственных качеств. Самооценка является крайне сложным психологическим феноменом, отражающим уровень притязаний личности, принятие/отвержение себя, степень самоуважения.

Изучение самооценки и её природы с научной точки зрения впервые предпринял Уильям Джеймс [11]. Он понимает самооценку как успех или

неуспех в жизни, оценку своего социального статуса, то есть может быть либо недовольство собой (характеризуется скромностью, неуверенностью в себе, чувством стыда, смущения, униженности), либо самодовольство (проявляется как высокомерие, тщеславие, гордость) [34].

Среди отечественных психологов, изучавших феномен самооценки, можно выделить С.Л. Рубинштейна. Он считал самооценку, неразрывно связанную с самосознанием, своеобразным стержнем, ядром личности, которое основано на взаимооценке индивида и окружающих людей. Основой самооценки, по мнению С.Л. Рубинштейна, являются принимаемые человеком ценности, которые определяют механизмы самоконтроля своих действий и поведения. А.Н. Леонтьев считал самооценку необходимым условием для того, чтобы индивид стал личностью [19].

Еще одна группа теоретических подходов, в рамках которых рассматривают самооценку, связывают её с уровнем притязаний личности. Основоположником данного направления является представитель гештальт-психологии К. Левин. Уровень притязаний рассматривают как некоторое стремление человека к достижению целей, которые имеют тот уровень сложности, который может преодолеть конкретный человек. То есть под уровнем притязаний понимают степень сложности задач, которые ставит перед собой человек, а выбор этих задач определяется с помощью предыдущего опыта- насколько успешен был человек в данном виде деятельности в прошлом. Таким образом, можно сказать, что субъективное переживание своих результатов как успешных или неудачных, оказывает непосредственное влияние на уровень притязаний, который, в свою очередь, формирует самооценку.

В зависимости от функции самооценки, который отдается приоритет, теоретические подходы можно условно разделить на три группы.

Представители первой группы (М.Розенберг, А.Г. Спиркин, Р.Бернс и др.) делают акцент на эмоциональном компоненте самооценки, то есть рассматривают самооценку как аффективный компонент Я-концепции: чувства

одобрения/самопринятия и самонеприятия/неодобрения, чувство компетентности, любовь к себе. В некоторых теориях происходило слияние понятий “самоотношение” и “самооценка” [6].

Вторая группа ученых (З.Фрейд, У.Джеймс, А.Бандура, К.Роджерс, И.С. Кон) главной функцией самооценки выделяет регуляторную, а также рассматривают её как главный компонент саморегуляции личности- то есть на основании прошлого опыта формируется поведение человека. Исследователи пытались выявить взаимосвязь между структурой самооценки и поведением человека, а ведущий акцент делается на взаимосвязи различных компонентов/уровней “Я”.

Третья группа исследователей (И.И. Чеснокова, В.В. Столин, Л.Д.Олейник, С.Р. Пантелеев) делают акцент на оценочном компоненте самооценки, под которой понимается уровень развития самопознания личности. Считается, что самооценка формирует эмоционально-логическое отношение человека к себе [41].

Анализируя вышеперечисленные подходы и отдельных исследователей, можно выделить некоторые функции такого феномена как самооценка: регуляторная (отвечает за принятие решений и выбор задач); защитная (обеспечивает независимость личности и её стабильность); развивающая (стимуляция личности к развитию); отражающая (отражает отношение человека к себе и своему поведению, помогает оценить их адекватность); эмоциональная (отвечает за ощущение удовлетворенности собой); адаптационная (помогает приспосабливаться к окружающим людям, обществу в целом); прогностическая (отвечает за активность в начале какой-либо деятельности); контролирующая (обеспечивает контроль за выполнением действий); ретроспективная (отвечает за возможность оценки человеком своего прошлого опыта в целом и на заключительном этапе конкретной деятельности); мотивирующая (побуждает к действиям для получения самоодобрения); терминальная (побуждает человека прекратить действия, которые приводят к чувству недовольства собой).

Таким образом, самооценка- это оценка человеком себя в целом, а также отдельных частей личности: поступков, качеств, отношений, убеждений и т.д. На повышение самооценки влияет прошлый удачный опыт, поддержка других людей, похвала, а также некоторые особенности самооценки на данный момент. Например, самооценка может находиться примерно на одном уровне, независимо от окружающей обстановки, то есть быть устойчивой, и наоборот- может быть неустойчивой, то есть на неё влияют внешние обстоятельства и внутреннее состояние человека. Помимо самосознания и уровня притязаний, на формирование самооценки также влияет общая направленность личности, её уровень развития, состояние эмоционально-волевой сферы и когнитивных процессов, потребность в саморазвитии, а также социум.

1.4.2. Уровни самооценки личности

Самооценку можно охарактеризовать по нескольким параметрам: величина (или уровень) - высокая, средняя, низкая; реалистичность (адекватная и неадекватная, может быть завышенной и заниженной); исходя из структуры, самооценку также разделяют на конфликтную и бесконфликтную; стойкость самооценки определяет устойчива она или нет; еще один параметр, который характеризует самооценку- это временное отношение (самооценка может быть актуальной, ретроспективной и прогностической).

Самое распространенное разделение включает в себя следующие уровни самооценки: заниженная, адекватная (средняя), завышенная. Оптимальной считается адекватная самооценка, при которой человек способен реально оценивать свои личностные качества, действия и возможности. Человеку с таким уровнем самооценки свойственно объективно оценивать свои достижения, успехи и неудачи, что позволяет ему ставить преимущественно адекватные и достижимые цели и, соответственно, чаще достигать их. К оптимальным уровням также относят самооценку выше среднего и высокую.

Остальные уровни (завышенная и заниженная самооценка) называют неоптимальными.

Низкая самооценка в свою очередь может быть в двух комбинациях: с низким уровнем притязаний (в данном случае человек будет склонен преувеличивать недостатки, избегать ответственных действий и т.д.) и с высоким уровнем притязаний (возникает эффект неадекватности, то есть человеку свойственна повышенная тревожность, формируется комплекс неполноценности).

Стоит также сказать о завышенной самооценке - в данном случае человек будет склонен переоценивать свои возможности и предъявлять неадекватные требования к окружающим людям и миру в целом, что существенно усложняет взаимоотношения между людьми и жизнь самого человека.

1.4.3. Формирование самооценки

Самооценка начинает формироваться еще в дошкольном возрасте- наибольшее влияние на начальных этапах на этот процесс оказывают ближайшие взрослые. Родители неосознанно оказывают влияние на самооценку- доверие и недоверие, акцентирование внимания на успехах или неудачах, похвала и неодобрение- всё это сказывается различным образом на формировании самооценки. Кроме оценки и личного примера родителей существует множество других факторов, влияющих на развитие самооценки- социальное окружение (в том числе в среде образовательных учреждений), средства массовой информации, особенности личности и когнитивных способностей самого ребенка, его направленность и уровень притязаний.

На разных этапах жизни меняется главный фактор, влияющий на самооценку. В ранние школьные годы это может быть учение- основная деятельность этого периода и связанные с ней одобрения и неодобрения учителей. Затем, в подростковом возрасте, возрастает роль сверстников- референтная группа, дружеские и романтические отношения.

Согласно К. Роджерсу, одному из основоположников гуманистического подхода в психологии, самооценка формируется благодаря интериоризации оценок других людей. Также крайне важным в развитии самооценки является процесс сопоставления Я-идеального и Я-реального.

Таким образом, можно говорить о том, что самооценка динамична и изменяется под влиянием множества факторов в течение всей жизни.

1.4.4. Особенности самооценки у больных шизофренией

Биопсихосоциальный подход в изучении природы хронических заболеваний, в частности, шизофрении, привел к повышению внимания со стороны специалистов к психосоциальному компоненту реабилитации больных [10,29,74,78]. То есть при лечении и реабилитации учитываются не только фактический диагноз и симптоматика, но и социально-психологический статус пациента, а также особое внимание уделяется индивидуально-личностным качествам [5]. Самооценка и уровень притязаний являются базовыми характеристиками мотивационной сферы. Самооценка влияет на отношение человека к себе, к деятельности, взаимоотношения с другими, а также к процессу лечения. В случае заниженной самооценки пациент может быть склонен к перекладыванию ответственности за лечение, пассивности, а в случае завышенной возможна самостоятельная корректировка лечения или нарушения режима. В любом из этих случаев самооценка негативно влияет на приверженность лечению, нарушает контакт между врачом и пациентом. Также на комплаенс может отрицательно повлиять неадекватный уровень притязаний в виде постановки нереалистичных целей или сроков лечения. По результатам исследования Е.А. Мальцевой и М.В. Злоказовой [25], у больных шизофренией присутствуют нарушения мотивационной сферы- уровня самооценки (58% выборки) и уровня притязаний (около 50% пациентов), а также разница между УС и УП (у 68%). В исследовании также учитывались особенности больных. Так, заниженный уровень притязаний был характерен для пациентов с

выраженной негативной симптоматикой и заниженной самооценкой. Заниженная самооценка характерна для лиц с инвалидностью, непрерывным течением болезни, а также лиц с утраченными социальными связями.

1.4.5. “Why try effect”

Одним из последствий самостигматизации является “Why try effect” или “зачем пытаться?”, данный эффект мешает достижению жизненных целей [51]. Самостигматизация в данном случае работает как барьер. Однако самооценка и самоэффективность могут снизить вред, причиняемый самостигматизацией. Снижение самооценки приводит к тому, что человек чувствует себя менее достойным, менее заслуживающим какие-либо блага и возможности, что в свою очередь влияет на усилия, направленные на более самостоятельную и независимую жизнь.

Например: “Зачем мне искать работу в качестве бухгалтера? Я не заслуживаю такого важного положения. Мои недостатки не должны позволять мне отнимать такую работу от кого-то, кто её по-настоящему заслуживает”.

Снижение самоэффективности может привести к последствиям данного эффекта, основанным на убеждении, что человек не способен достичь жизненной цели.

Например: “Зачем мне пытаться жить самостоятельно? Я не могу быть таким независимым. У меня нет навыков управлять своим домом самому”.

1.5. Основные выводы по аналитическому обзору литературы

Шизофрения- тяжелое психическое расстройство, влияющее на многие функции сознания и поведения, в том числе мыслительные процессы, восприятие, эмоции, мотивацию и даже двигательную сферу. Существует огромное количество гипотез о причинах возникновения шизофрении, а симптоматика данного заболевания крайне разнообразна. Уже сейчас, по оценкам различных исследователей, шизофренией страдает примерно 1% всего

населения, а психические расстройства являются одной из самых распространенных причин, по которой снижается доля работоспособного населения. Именно поэтому одной из главных задач современного здравоохранения является реабилитация и ресоциализация больных.

Немаловажную роль в лечении и реабилитации играет уровень самооценки больного, то есть как пациент оценивает себя и свои возможности на улучшение своего состояния. От самооценки также зависят отношения с окружающими людьми, уверенность в собственных силах, комплаенс между пациентом и врачом. В данном случае крайне важна адекватная самооценка пациентом себя, т.к. и заниженная, и завышенная вероятнее всего будут иметь негативные последствия.

Еще одним фактором, влияющим на состояние больного и его реабилитационный потенциал, является степень осмысленности жизни, то есть насколько ясно индивид осознает цель и процесс своей жизни, а также источник её контроля и какую субъективную значимость это для него имеет.

Значительная часть людей с различными формами психических расстройств страдает от стигматизации со стороны общества и самостигматизации и её последствий больше, чем от проявлений болезни. Данный феномен имеет ряд последствий, таких как: чувство вины, стыда, снижение самооценки, проблемы с адаптацией и социализацией и т.д., связанные со статусом психически больного. Еще одним последствием стигматизации являются трудности при трудоустройстве и получении различных социальных компенсаций.

В данной работе рассматривается взаимосвязь перечисленных психологических феноменов и их особенности у разных групп людей- здоровых и больных с расстройствами психотического круга.

Глава 2. Методы и организация исследования

2.1. Цель и задачи исследования

Целью данной дипломной работы является изучение взаимосвязи между особенностями самостигматизации, самооценкой и выраженностью актуальных болезненных переживаний.

Задачи:

-с помощью соответствующих методик выявить наличие возможной взаимосвязи самостигматизации с уровнем актуальной самооценки;

-с помощью соответствующих методик выявить наличие возможной взаимосвязи самостигматизации со степенью выраженности болезненных симптомов;

-с помощью соответствующих методик выявить возможные различия между характеристиками самостигматизации психическими расстройствами у лиц со специальными знаниями в области психологии и без таковых.

Объект: особенности самостигматизации.

Предмет: особенности самостигматизации у больных с расстройствами психотического спектра.

Гипотезы исследования:

1.Существуют взаимосвязи между особенностями самостигматизации, самооценкой и характером актуальных болезненных переживаний;

2.Существуют различия по уровню самостигматизации, самооценки и актуальных переживаний у больных с расстройствами психотического круга и контрольной группой здоровых;

3.Существуют различия между характеристиками самостигматизации психическими расстройствами у лиц со специальными знаниями в области психологии и без таковых.

2.2. Описание выборки исследования

Для решения поставленных задач было отобрано 24 больных шизофренией (в соответствии с критериями МКБ-10) в стадии становления ремиссии и 56 здоровых людей, не имеющих психиатрического диагноза. Возраст испытуемых варьировался от 20 до 67 лет, средний возраст 28,9 лет. В исследовании приняли участие 23 мужчины и 57 женщин. Исследование проводилось на базе СПб ГКУЗ Городская Психиатрическая Больница №6.

Группа здоровых людей в свою очередь подразделялась на две подгруппы- люди, профессиональная деятельность или учеба (студенты старше 3 курса) которых связана психологией и которые имеют специальные знания в области психологии и люди, не имеющие специальных знаний в данной области.

Таким образом, в исследовании приняло участие 80 человек, разделенных на три группы сравнения: 1) Больные шизофренией; 2) Здоровые люди, не имеющие специальных знаний в области психологии и 3) Здоровые люди, имеющие специальные знания в области психологии.

2.3. Описание экспериментальных методов исследования

В ходе данной работы использовались следующие методики: симптоматический опросник SCL-90 (для определения выраженности актуальных болезненных переживаний), методика Дембо-Рубинштейна для определения уровня самооценки, шкала оценки уровня самостигматизации П.Кэрригана, тест смысложизненных ориентаций Д.Леонтьева.

2.3.1. Опросник выраженности психопатологической симптоматики SCL-90-R

Методика SCL-90 [56] направлена на определение выраженности субъективного дискомфорта, причиняемого различными симптомами как у больных, так и у здоровых лиц. Данная методика не предназначена для

изучения личности, но может использоваться для её косвенного анализа. В составе методики 90 вопросов, каждый оценивается по пятибалльной шкале (насколько часто беспокоит тот или иной симптом- от “никогда” до “очень часто”), затем ответы подсчитываются по девяти основным шкалам, а также трём дополнительным.

Основные шкалы:

Соматизация (SOM), обсессивность-компульсивность (O-C), межличностная сензитивность (INT), депрессия (DEP), тревожность (ANX), враждебность (HOS), фобическая тревожность (PHOB), паранойяльные тенденции (PAR), психотизм (PSY).

Дополнительные шкалы (индексы):

- GSI-индикатор глубины расстройства, тяжести симптоматики (в настоящий момент).
- PSDI -индекс, отражающий интенсивность выраженности дистресса.
- PST- разнообразие симптоматики индивида, т.е. число утвердительных ответов.

2.3.2. Шкала для оценки уровня самостигматизации. (The Self-Stigma Of Mental Illness Scale (SSMIS))

Данная методика была разработана П. Кэрриганом (Corrigan, P.W) и коллегами из Технологического Института Иллинойса в рамках его стадийной теории самостигматизации [48]. Методика неоднократно использовалась в исследованиях с участием людей из разных стран и имеющих различные психические заболевания, также проводился поиск корреляций с самооценкой и самоэффективностью [54,83,90]. SSMIS была валидизирована на выборке из Китая [58].

Каждая из четырех шкал методики соответствует теоретической стадии. Так, шкала Aware (“Осведомленность”) измеряет осведомленность индивида о существующих в данном обществе стереотипах в отношении людей с

психическими расстройствами. Шкала Agree (“Согласие”) отражает, насколько человек согласен с этими стереотипами в отношении психически больных. Шкала Apply (“Применение к себе”) показывает, какие стереотипы о психически больных человек относит к себе, то есть признает, что обладает указанными свойствами. Шкала Hurts Self (“Ущерб личности”) отражает, в какой степени стереотипы, которые индивид интернализировал, наносят ущерб его “Я”, из-за чего и в какой степени человек начинает уважать себя меньше как личность. Таким образом, данную методику можно использовать в индивидуальной работе психолога с пациентом для выявления стереотипов, которые вызывают у него дискомфорт или даже наносят ущерб личности.

Изначально “SSMIS” разрабатывалась и использовалась для оценки уровня самостигматизации у людей с ментальными расстройствами. В настоящем исследовании данная методика применяется также для оценки степени самостигматизации психическими расстройствами у здоровых лиц, т.к. одна из особенностей основной группы сравнения больных шизофренией-снижение или отсутствие критики к своему состоянию, т.е. субъективно относящие себя к группе здоровых, либо формально считающих себя больными [17].

Был осуществлен двойной перевод методики с английского языка на русский и обратно- существенных смысловых различий не было обнаружено, данный перевод использовался для предъявления респондентам (см. Приложение А). Для предъявления здоровым людям данная методика была модифицирована- часть вопросов о наличии психического расстройства была заменена на соответствующие в сослагательном наклонении (“Если бы у меня было психическое расстройство,...”) (см. Приложение Б).

2.3.3. Методика Дембо-Рубинштейн (в модификации А.М. Прихожан)

Данная методика используется для измерения такого феномена как самооценка, а также отдельных её элементов, в зависимости от модификации. В

редакции А.М. Прихожан измеряется уровень актуальной самооценки, то есть как испытуемый оценивает развитие определенного качества у себя в данный момент [33]. Помимо этого, можно измерить уровень притязаний, то есть желаемую выраженность признака и разницу между актуальной самооценкой и желаемой. В любой версии методики присутствуют четыре обязательные шкалы: Здоровье, Ум, Счастье, Характер. Остальные шкалы добавляет исследователь в зависимости от поставленных целей. В данной работе были добавлены следующие шкалы: Уверенность в себе, Привлекательность, Самостоятельность.

2.3.4. Тест смысложизненных ориентаций (Д.Леонтьев)

Данная методика является адаптацией теста “Цель в жизни” Д. Крамбо и Л. Махолика, которая была разработана на основе теории В. Франкла о стремлении к смыслу и экзистенциальном вакууме. Цель методики заключалась в измерении этого “экзистенциального вакуума” как причины возникновения ноогенных неврозов, а также показать, что он характерен для психически больных людей, но в то же время не тождественен психопатологии. На русский язык методика изначально была переведена и опробирована К. Муздыбаевым, а затем Д.Леонтьев упростил некоторые формулировки вопросов и изменил вид шкалы оценивания (ввел симметричную 3-0-3 вместо градации 1-7) [21,22].

Методика содержит пять субшкал, а также общий показатель осмысленности жизни: Цели в жизни; Процесс жизни; Результативность жизни; Локус контроля-Я; Локус контроля-Жизнь.

2.4. Описание методов математического анализа

Для статистической обработки результатов данного исследований было использовано программное обеспечение SPSS Statistics 24 и Statistica 8.0 [30].

Для описания количественных данных использовались среднее±стандартное отклонение ($M \pm SD$). Для проверки гипотезы нормального

распределения использовался критерий Колмогорова-Смирнова. Для определения статистически значимых различий между группами использовался критерий Манна-Уитни (При описании межгрупповых различий учитывались различия $p \leq 0,05$). Для поиска взаимосвязей (прямых и обратных) между переменными использовался коэффициент корреляции Спирмена ($r=0,05$). Для сокращения числа переменных, а также для их структурной классификации использовался факторный анализ. Для сравнительного анализа использовался метод ANOVA (дисперсионный анализ), который позволяет установить, насколько статистически значимыми (достоверными) являются различия между двумя и более группами испытуемых. В процессе рассчитываются среднее значение и стандартное отклонение, определяя, обладает ли выборка какими-либо особенностями. При описании межгрупповых различий учитывались различия $p \leq 0,05$.

Для изучения влияния переменных на уровень стигматизации между переменными использовался множественный регрессионный анализ [31].

Глава 3. Результаты исследования и их обсуждение

3.1. Сравнение средних значений

В данном параграфе представлены результаты сравнения средних значений по каждой шкале для трёх групп сравнения: группы людей с заболеваниями шизофренического спектра и групп здоровых людей со специальными знаниями в области психологии и без таковых. Также была проведена проверка на нормальность распределения вероятностей по критерию Колмогорова-Смирнова. Исходя из полученных данных, в дальнейшем для проверки на достоверность различий между группами использовался критерий Манна-Уитни, а также коэффициент ранговой корреляции Спирмена для поиска взаимосвязей между переменными.

Были рассмотрены средние значения и значимые различия между следующими группами сравнения: выборка в целом, больные шизофренией, здоровые люди в целом, здоровые люди без специальных знаний в области психологии и здоровые люди со специальными знаниями в области психологии и для упрощения интерпретаций названы соответственно: “общая группа”, “экспериментальная”, “контрольная”, “контрольная обычная”, “контрольная психологи”.

3.1.1. SCL-90-R

«Соматизация»

По шкале «Соматизация» опросника SCL-90 среднее значение для всей выборки 0,52, в то время как в контрольной группе данный показатель (0,54) выше, чем в экспериментальной (0,47). Внутри контрольной группы средний показатель (0,6) выше у респондентов без специальных знаний в области психологии (см. табл.1).

Таблица 1. Средние значения по шкале соматизации

	Группа	N	Среднее	Среднекв.откл.
SOM	общее	80	,5146	,51694
	экспериментальная	24	,4650	,48612
	контрольная	56	,5359	,53243
	контр обычная	37	,6041	,57594
	контр психологи	19	,4032	,41791

Статистически значимые различия (используемый критерий Манна-Уитни) по шкале “Соматизация” между группами не обнаружены.

«Обсессивность-компульсивность»

Среднее значение по шкале «Обсессивность-компульсивность» для всей выборки 0,77. В экспериментальной группе значение ниже (0,64), чем в контрольной (0,83). Внутри контрольной группы среднее значение выше для респондентов без специальных знаний в области психологии: 0,99 и 0,53 для респондентов-психологов соответственно (см. табл.2).

Таблица 2. Средние значения по шкале Обсессивность-Компульсивность

	Группа	N	Среднее	Среднекв.откл.
ObsCom	общее	80	,7738	,70149
	экспериментальная	24	,6375	,57469
	контрольная	56	,8321	,74641
	контр обычная	37	,9892	,68182
	контр психологи	19	,5263	,78940

Статистически значимые различия (используемый критерий Манна-Уитни) обнаружены между экспериментальной группой и контрольной группой без психологических знаний ($p=0,27$), а также внутри контрольной группы, то есть между респондентами со специальными знаниями по психологии и без таковых ($p=0,001$).

«Межличностная сензитивность»

Среднее значение по шкале «Межличностная сензитивность» для всей выборки 0,76. В экспериментальной группе значение ниже (0,67), чем в контрольной (0,8). Внутри контрольной группы среднее значение выше для

респондентов без специальных знаний в области психологии: 0,97 и 0,48 для респондентов-психологов соответственно (см. табл.3).

Таблица 3. Средние значения по шкале Межличностная сензитивность

	Группа	N	Среднее	Среднекв.откл.
IntSens	общее	80	,7620	,65016
	экспериментальная	24	,6658	,48246
	контрольная	56	,8032	,70997
	контр обычная	37	,9670	,72027
	контр психологи	19	,4842	,58312

Статистически значимые различия (используемый критерий Манна-Уитни) обнаружены внутри контрольной группы, то есть между респондентами со специальными знаниями по психологии и без таковых ($p=0,003$).

«Депрессия»

Среднее значение по шкале «Депрессия» для выборки 0,84. Для экспериментальной группы среднее значение ниже (0,7), чем для контрольной (0,9). Среднее значение данной шкалы в контрольной группе респондентов без психологических знаний (1,06) выше, чем в контрольной группе психологов (0,6) (см.табл.4).

Таблица 4. Средние значения по шкале Депрессия

	Группа	N	Среднее	Среднекв.откл.
Депр	общее	80	,8399	,71612
	экспериментальная	24	,6975	,63770
	контрольная	56	,9009	,74425
	контр обычная	37	1,0557	,74160
	контр психологи	19	,5995	,66888

Статистически значимые различия (используемый критерий Манна-Уитни) обнаружены между экспериментальной и группой респондентов без специальных знаний в области психологии ($p=0,035$), а также внутри контрольной группы- между психологами и людьми без психологических знаний ($p=0,006$).

«Тревожность»

Среднее значение по шкале «Тревожность» для выборки 0,57. Для экспериментальной группы среднее значение ниже (0,5), чем для контрольной (0,61). Среднее значение данной шкалы в контрольной группе респондентов без психологических знаний (0,72) выше, чем в контрольной группе психологов (0,39) (см.табл.5).

Таблица 5. Средние значения по шкале Тревожность

	Группа	N	Среднее	Среднекв.откл.
Апх	общее	80	,5748	,58696
	экспериментальная	24	,4992	,46552
	контрольная	56	,6071	,63299
	контр обычная	37	,7189	,64672
	контр психологи	19	,3895	,55866

Статистически значимые различия (используемый критерий Манна-Уитни) обнаружены внутри контрольной группы- между психологами и людьми без психологических знаний ($p=0,005$).

«Враждебность»

Среднее значение по шкале «Враждебность» для выборки 0,46. Для экспериментальной группы среднее значение ниже (0,33), чем для контрольной (0,52). Среднее значение данной шкалы в контрольной группе респондентов без психологических знаний (0,55) выше, чем в контрольной группе психологов (0,44) (см.табл.6).

Таблица 6. Средние значения по шкале Враждебность

	Группа	N	Среднее	Среднекв.откл.
Нос	общее	80	,4606	,60087
	экспериментальная	24	,3338	,42512
	контрольная	56	,5150	,65801
	контр обычная	37	,5541	,48537
	контр психологи	19	,4389	,91791

Статистически значимые различия (используемый критерий Манна-Уитни) обнаружены между экспериментальной и группой респондентов без

специальных знаний в области в психологии ($p=0,016$), а также внутри контрольной группы- между психологами и людьми без психологических знаний ($p=0,003$).

«Фобическая тревожность»

По шкале «Фобическая тревожность» опросника SCL-90 среднее значение для всей выборки 0,29, в то время как в контрольной группе данный показатель (0,27) ниже, чем в экспериментальной (0,32). Внутри контрольной группы средний показатель (0,35) выше у респондентов без специальных знаний в области психологии, чем у психологов (0,12) (см. табл.7).

Таблица 7. Средние значения по шкале Фобическая тревожность

	Группа	N	Среднее	Среднекв.откл.
Phob	общее	80	,2869	,48685
	экспериментальная	24	,3192	,51365
	контрольная	56	,2730	,47904
	контр обычная	37	,3516	,53160
	контр психологи	19	,1200	,31395

Статистически значимые различия (используемый критерий Манна-Уитни) обнаружены внутри контрольной группы- между психологами и людьми без психологических знаний ($p=0,001$).

«Паранойяльные тенденции»

Среднее значение по шкале «Паранойяльные тенденции» для всей выборки 0,47. Для экспериментальной группы среднее значение выше (0,52), чем для контрольной (0,45). Среднее значение данной шкалы в контрольной группе респондентов без психологических знаний (0,6) выше, чем в контрольной группе психологов (0,16) (см.табл.8).

Таблица 8. Средние значения по шкале Паранойяльные тенденции

	Группа	N	Среднее	Среднекв.откл.
Par	общее	80	,4675	,51501
	экспериментальная	24	,5146	,47870
	контрольная	56	,4473	,53270
	контр обычная	37	,5954	,56457
	контр психологи	19	,1589	,31102

Статистически значимые различия (используемый критерий Манна-Уитни) обнаружены между экспериментальной и группой респондентов со специальными знаниями в области в психологии ($p=0,004$), а также внутри контрольной группы- между психологами и людьми без психологических знаний ($p=0,001$).

«Психотизм»

По шкале «Психотизм» опросника SCL-90 среднее значение для всей выборки 0,36, в то время как в контрольной группе данный показатель (0,35) ниже, чем в экспериментальной (0,38). Внутри контрольной группы средний показатель (0,42) выше у респондентов без специальных знаний в области психологии, чем у респондентов- психологов (0,2) (см. табл.9).

Таблица 9. Средние значения по шкале Психотизм

	Группа	N	Среднее	Среднекв.откл.
Psy	общее	80	,3566	,44086
	экспериментальная	24	,3804	,47254
	контрольная	56	,3464	,43063
	контр обычная	37	,4243	,45117
	контр психологи	19	,1947	,35035

Статистически значимые различия (используемый критерий Манна-Уитни) обнаружены внутри контрольной группы- между психологами и людьми без психологических знаний ($p=0,002$).

Общий индекс тяжести симптомов

Среднее значение Общего индекса тяжести симптомов для всей выборки 0,59. Для экспериментальной группы среднее значение ниже (0,54), чем для

контрольной (0,61). Среднее значение данной шкалы в контрольной группе респондентов без психологических знаний (0,72) выше, чем в контрольной группе психологов (0,39) (см.табл.10).

Таблица 10. Средние значения по шкале Общий индекс тяжести симптомов

	Группа	N	Среднее	Среднекв.откл.
GSI	общее	80	,5893	,48613
	экспериментальная	24	,5363	,41422
	контрольная	56	,6120	,51569
	контр обычная	37	,7238	,49125
	контр психологи	19	,3942	,50415

Статистически значимые различия (используемый критерий Манна-Уитни) обнаружены внутри контрольной группы- между психологами и людьми без психологических знаний ($p=0,001$).

Индекс наличного симптоматического дистресса

Среднее значение Индекса наличного симптоматического дистресса для выборки 1,48. Для экспериментальной группы среднее значение ниже (1,43), чем для контрольной (1,51). Среднее значение данной шкалы в контрольной группе респондентов без психологических знаний (1,58) выше, чем в контрольной группе психологов (1,36) (см.табл.11).

Таблица 11. Средние значения по шкале Индекс наличного симптоматического дистресса

	Группа	N	Среднее	Среднекв.откл.
PDSI	общее	80	1,4831	,50668
	экспериментальная	24	1,4308	,52363
	контрольная	56	1,5055	,50238
	контр обычная	37	1,5805	,48933
	контр психологи	19	1,3595	,50814

Статистически значимые различия (используемый критерий Манна-Уитни) обнаружены внутри контрольной группы- между психологами и людьми без психологических знаний ($p=0,038$).

Общее число утвердительных ответов

Среднее значение Общего числа утвердительных ответов для выборки 31,9. Для экспериментальной группы среднее значение ниже (30,63), чем для контрольной (32,45). Среднее значение данной шкалы в контрольной группе респондентов без психологических знаний (38,03) выше, чем в контрольной группе психологов (21,58) (см.табл.12).

Таблица 12. Средние значения по шкале Общее число утвердительных ответов

	Группа	N	Среднее	Среднекв.откл.
PSI	общее	80	31,9000	19,11762
	экспериментальная	24	30,6250	20,54647
	контрольная	56	32,4464	18,63908
	контр обычная	37	38,0270	15,94694
	контр психологи	19	21,5789	19,08553

Статистически значимые различия (используемый критерий Манна-Уитни) обнаружены между экспериментальной и группой респондентов без специальных знаний в области психологии ($p=0,048$), между экспериментальной группой и респондентами со специальными знаниями в области психологии ($p=0,049$), а также внутри контрольной группы- между психологами и людьми без психологических знаний ($p=0,000$).

Средние значения основных шкал методики SCL-90

Средние значения основных шкал по группам представлены на рис.2. По первым пяти шкалам мы видим, что наибольшие значения у контрольной группы здоровых людей без специальных психологических знаний, затем, в порядке уменьшения, идет контрольная группа в целом, значения для всей выборки целиком, экспериментальная группа и самые низкие средние значения у контрольной группы со специальными знаниями в области психологии. По последним трем шкалам- “Фобическая тревожность”, “Паранойяльные тенденции” и “Психотизм” самые высокие значения имеет контрольная группа респондентов без психологических знаний, затем, в порядке уменьшения, идет экспериментальная группа, выборка целиком, общая контрольная группа и

наименьшие значения так же у контрольной группы с психологическими знаниями.

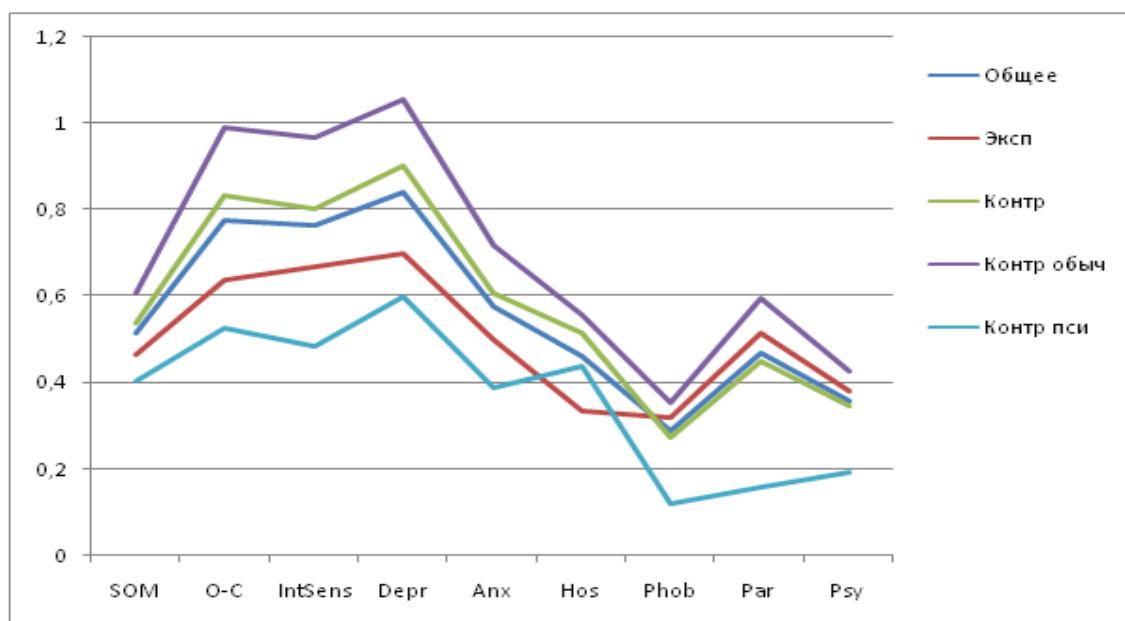


Рис.2. Средние значения шкал методики SCL-90-R

3.1.2. «The Self-Stigma of Mental Illness Scale»

Шкала «Aware»

По шкале «Aware» («Осведомленность о стереотипах») методики “The Self-Stigma of Mental Illness Scale” среднее значение для всей выборки 57,85, в то время как в контрольной группе данный показатель (59,77) выше, чем в экспериментальной (53,38). Внутри контрольной группы средний показатель (59,65) немного ниже у респондентов без специальных знаний в области психологии, чем у респондентов- психологов (60,00) (см. табл.13).

Таблица 13. Средние значения по шкале Aware

	Группа	N	Среднее	Среднекв.откл.
Aware	общее	80	57,85	15,187
	экспериментальная	24	53,38	19,255
	контрольная	56	59,77	12,796
	контр обычная	37	59,65	13,069
	контр психологи	19	60,00	12,596

Статистически значимых различий (используемый критерий Манна-Уитни) между группами не обнаружено.

Шкала «Agree»

По шкале «Agree» («Согласие со стереотипами») методики “The Self-Stigma of Mental Illness Scale” среднее значение для всей выборки 38,68, в то время как в контрольной группе данный показатель (35,82) ниже, чем в экспериментальной (45,33). Внутри контрольной группы средний показатель (36,38) выше у респондентов без специальных знаний в области психологии, чем у респондентов, обладающих психологическими знаниями (34,74) (см. табл.14).

Таблица 14. Средние значения по шкале Agree

	Группа	N	Среднее	Среднекв.откл.
Agree	общее	80	38,68	15,128
	экспериментальная	24	45,33	18,040
	контрольная	56	35,82	12,845
	контр обычная	37	36,38	12,984
	контр психологи	19	34,74	12,849

Статистически значимые различия (используемый критерий Манна-Уитни) обнаружены между экспериментальной и контрольной группой ($p=0,042$).

Шкала «Apply»

По шкале «Apply» («Применение к себе») методики “The Self-Stigma of Mental Illness Scale” среднее значение для всей выборки 37,04, в то время как в контрольной группе данный показатель (41,38) выше, чем в экспериментальной (26,92). Внутри контрольной группы средний показатель (42,19) немного выше у респондентов без специальных знаний в области психологии, чем у респондентов- психологов (39,79) (см. табл.15).

Таблица 15. Средние значения по шкале Apply

	Группа	N	Среднее	Среднекв.откл.
Apply	общее	80	37,04	14,523
	экспериментальная	24	26,92	12,864
	контрольная	56	41,38	13,035
	контр обычная	37	42,19	12,333
	контр психологи	19	39,79	14,524

Статистически значимые различия (используемый критерий Манна-Уитни) обнаружены между экспериментальной и группой респондентов без специальных знаний в области психологии ($p=0,000$), между экспериментальной группой и респондентами со специальными знаниями в области психологии ($p=0,005$), а также внутри контрольной группы- между психологами и людьми без психологических знаний ($p=0,000$).

Шкала «Hurts self»

По шкале «Hurts self» («Ущерб личности») методики “The Self-Stigma of Mental Illness Scale” среднее значение для всей выборки 25,90, в то время как в контрольной группе данный показатель (25,23) ниже, чем в экспериментальной (27,46). Внутри контрольной группы средний показатель (27,51) выше у респондентов без специальных знаний в области психологии, чем у респондентов- психологов (20,79) (см. табл.16).

Таблица 16. Средние значения по шкале Hurts Self

	Группа	N	Среднее	Среднекв.откл.
HurtsSelf	общее	80	25,90	16,331
	экспериментальная	24	27,46	13,756
	контрольная	56	25,23	17,391
	контр обычная	37	27,51	17,144
	контр психологи	19	20,79	17,457

Статистически значимые различия (используемый критерий Манна-Уитни) обнаружены между экспериментальной группой и респондентами со специальными знаниями в области психологии ($p=0,047$).

Средние значения основных шкал методики «The Self-Stigma of Mental Illness Scale»

Средние значения основных шкал методики «The Self-Stigma of Mental Illness Scale» показаны на рис.3. Линии, показывающие средние значения шкал для контрольных групп и выборки в целом имеют схожие значения и направленность графиков. В то время как линия, демонстрирующая средние значения для экспериментальной группы, показывает отличную от других групп динамику.

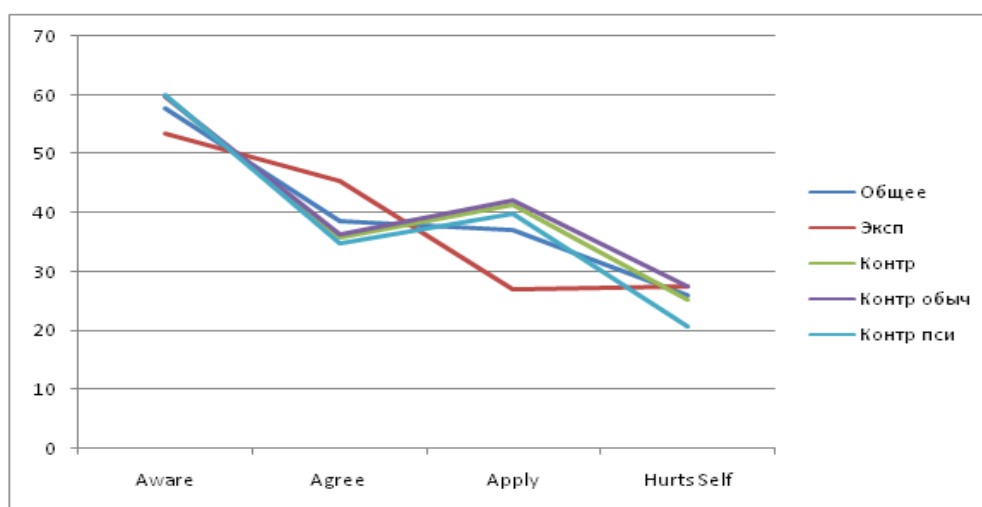


Рис. 3. Средние значения шкал методики SSMIS

3.1.3. Методика Дембо-Рубинштейн (в модификации А.М. Прихожан)

Актуальная самооценка

Среднее значение уровня актуальной самооценки для всей выборки 65,63, в то время как в контрольной группе данный показатель (66,95) выше чем в экспериментальной (62,57). Внутри контрольной группы средний показатель (66,94) у респондентов без специальных знаний в области психологии практически не отличается от показателя у респондентов, обладающих психологическими знаниями (66,96) (см. табл.17).

Таблица 17. Средние значения по шкале Актуальная самооценка

	Группа	N	Среднее	Среднекв.откл.
АктуальнаяС	общее	80	65,6339	12,76369
	экспериментальная	24	62,5714	17,95509
	контрольная	56	66,9464	9,66118
	контр обычная	37	66,9382	9,87051
	контр психологи	19	66,9624	9,50508

Статистически значимые различия (используемый критерий Манна-Уитни) между группами не обнаружены.

Уровень притязаний

Среднее значение уровня притязаний для всей выборки 89,76, в то время как в контрольной группе данный показатель (87,08) ниже, чем в экспериментальной (95,99). Внутри контрольной группы средний показатель (87,43) у респондентов без специальных знаний в области психологии немного выше показателя у респондентов, обладающих психологическими знаниями (86,41) (см. табл.18).

Таблица 18. Средние значения по шкале Уровень притязаний

	Группа	N	Среднее	Среднекв.откл.
ЖелаемаяС	общее	80	89,7571	7,45403
	экспериментальная	24	95,9940	5,79148
	контрольная	56	87,0842	6,44461
	контр обычная	37	87,4324	6,25982
	контр психологи	19	86,4060	6,91383

Статистически значимые различия (используемый критерий Манна-Уитни) обнаружены между экспериментальной и группой респондентов без специальных знаний в области психологии ($p=0,000$), между экспериментальной группой и респондентами со специальными знаниями в области психологии ($p=0,000$), а также между экспериментальной и полной контрольной группой ($p=0,000$).

Разница между актуальным и желаемым уровнем самооценки (уровнем притязаний)

Среднее значение разницы между уровнем актуальной и желаемой самооценки для всей выборки 24,12, в то время как в контрольной группе данный показатель (20,13) ниже, чем в экспериментальной (33,42). Внутри контрольной группы средний показатель (20,49) у респондентов без специальных знаний в области психологии немного выше показателя у респондентов, обладающих психологическими знаниями (19,44) (см. табл.19).

Таблица 19. Средние значения по шкале Разница между актуальной и желаемой самооценкой

	Группа	N	Среднее	Среднекв.откл.
РазницаС	общее	80	24,1232	13,73610
	экспериментальная	24	33,4226	18,51216
	контрольная	56	20,1378	8,59032
	контр обычная	37	20,4942	8,30619
	контр психологи	19	19,4436	9,31265

Статистически значимые различия (используемый критерий Манна-Уитни) обнаружены между экспериментальной и группой респондентов без специальных знаний в области психологии ($p=0,002$), между экспериментальной группой и респондентами со специальными знаниями в области психологии ($p=0,004$), а также между контрольной и экспериментальной группой ($p=0,001$).

Средние значения основных шкал методики Дембо-Рубинштейн (модификация А.М.Прихожан)

На рис. 4 представлены средние значения основных шкал самооценки по методике Дембо-Рубинштейн (модификация А.М. Прихожан). Исходя из представленных данных можно говорить о том, что соотношение значений шкал во всех группах одинаково: наибольшие значения у шкалы “Уровень притязаний”, затем идет “Актуальная самооценка” и наименьшие значения по шкале “Разница между актуальным и желаемым уровнем самооценки. При этом экспериментальная группа имеет наибольший уровень притязаний и наиболее

низкие значения актуальной самооценки по сравнению с контрольными группами.

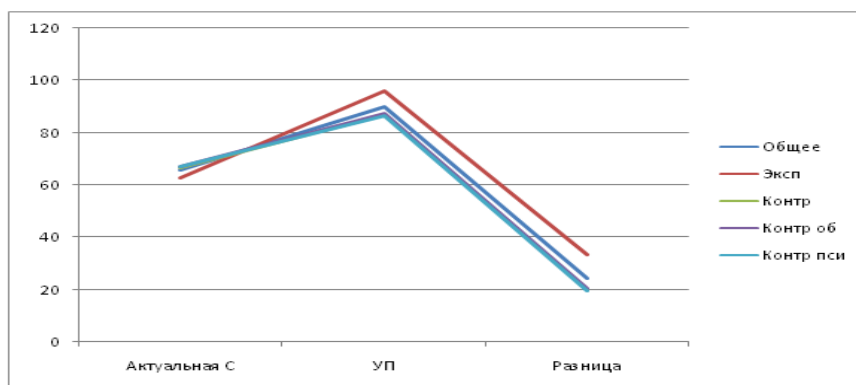


Рис. 4. Средние значения основных шкал методики Дембо- Рубинштейн (в мод. А.М. Прихожан)

3.1.4. «Тест смысложизненных ориентаций»

«Цели»

Среднее значение шкалы «Цели» для всей выборки 29,23, в то время как в контрольной группе данный показатель (28,36) ниже, чем в экспериментальной (31,25). Внутри контрольной группы средний показатель (27,27) у респондентов без специальных знаний в области психологии ниже показателя у респондентов, обладающих психологическими знаниями (30,47) (см. табл.20).

Таблица 20. Средние значения по шкале Цели

	Группа	N	Среднее	Среднекв.откл.
Цели	общее	80	29,23	7,998
	экспериментальная	24	31,25	8,538
	контрольная	56	28,36	7,672
	контр обычная	37	27,27	8,402
	контр психологи	19	30,47	5,611

Статистически значимых различий (используемый критерий Манна-Уитни) между группами не обнаружено.

«Процесс»

Среднее значение шкалы «Процесс» для всей выборки 27,09, в то время как в контрольной группе данный показатель (26,55) ниже, чем в

экспериментальной (28,33). Внутри контрольной группы средний показатель (25,24) у респондентов без специальных знаний в области психологии ниже показателя у респондентов, обладающих психологическими знаниями (29,11) (см. табл.21).

Таблица 21. Средние значения по шкале Процесс

	Группа	N	Среднее	Среднекв.откл.
Процесс	общее	80	27,09	7,388
	экспериментальная	24	28,33	7,722
	контрольная	56	26,55	7,246
	контр обычная	37	25,24	7,247
	контр психологи	19	29,11	6,707

Статистически значимых различий (используемый критерий Манна-Уитни) между группами не обнаружено.

«Результат»

Среднее значение по шкале «Результат» для всей выборки 23,34, в то время как в контрольной группе данный показатель (22,96) ниже, чем в экспериментальной (24,21). Внутри контрольной группы средний показатель (22,05) у респондентов без специальных знаний в области психологии ниже показателя у респондентов, обладающих психологическими знаниями (24,74) (см. табл.22).

Таблица 22. Средние значения по шкале Результат

	Группа	N	Среднее	Среднекв.откл.
Результат	общее	80	23,34	5,706
	экспериментальная	24	24,21	6,433
	контрольная	56	22,96	5,383
	контр обычная	37	22,05	5,446
	контр психологи	19	24,74	4,920

Статистически значимые различия (используемый критерий Манна-Уитни) обнаружены между группой людей без психологических знаний и респондентами со специальными знаниями в области психологии ($p=0,053$).

«Локус контроля- Я»

Среднее значение по шкале «Локус контроля- Я» для всей выборки 19,13, в то время как в контрольной группе данный показатель (18,61) ниже, чем в экспериментальной (20,33). Внутри контрольной группы средний показатель (18,16) у респондентов без специальных знаний в области психологии немного ниже показателя у респондентов, обладающих психологическими знаниями (19,47) (см. табл.23).

Таблица 23. Локус контроля- Я

	Группа	N	Среднее	Среднекв.откл.
ЛкЯ	общее экспериментальная контрольная	80	19,13	4,890
		24	20,33	5,693
		56	18,61	4,459
	контр обычная контр психологи	37	18,16	4,799
		19	19,47	3,672

Статистически значимых различий (используемый критерий Манна-Уитни) между группами не обнаружено.

«Локус контроля - Жизнь»

Среднее значение по шкале «Локус контроля- Жизнь» для всей выборки 29,10, в то время как в контрольной группе данный показатель (29,61) выше, чем в экспериментальной (27,92). Внутри контрольной группы средний показатель (28,30) у респондентов без специальных знаний в области психологии ниже показателя у респондентов, обладающих психологическими знаниями (32,16) (см. табл.24).

Таблица 24. Средние значения по шкале Локус контроля- Жизнь

	Группа	N	Среднее	Среднекв.откл.
ЛкЖизнь	общее экспериментальная контрольная	80	29,10	7,193
		24	27,92	8,627
		56	29,61	6,505
	контр обычная контр психологи	37	28,30	6,839
		19	32,16	5,036

Статистически значимые различия (используемый критерий Манна-Уитни) обнаружены между группой людей без психологических знаний и респондентами со специальными знаниями в области психологии ($p=0,051$).

«Общий показатель»

Среднее значение Общего показателя для методики «Тест смысложизненных ориентаций» для всей выборки 94,84, в то время как в контрольной группе данный показатель (93,66) ниже, чем в экспериментальной (97,58). Внутри контрольной группы средний показатель (90,00) у респондентов без специальных знаний в области психологии ниже показателя у респондентов, обладающих психологическими знаниями (100,79) (см. табл.25).

Таблица 25. Средние значения по шкале Общий показатель

	Группа	N	Среднее	Среднекв.откл.
ОЖ	общее экспериментальная контрольная	80	94,84	20,598
		24	97,58	23,587
		56	93,66	19,289
	контр обычная контр психологи	37	90,00	19,633
		19	100,79	16,874

Статистически значимые различия (используемый критерий Манна-Уитни) обнаружены между группой респондентов без специальных знаний в области психологии и респондентами со специальными знаниями в области психологии ($p=0,046$).

Средние значения основных шкал методики Д.А. Леонтьева «Тест смысложизненных ориентаций»

На рис. 5 представлены средние значения основных шкал Теста смысложизненных ориентаций. Исходя из представленных данных можно говорить о том, что соотношение значений шкал во всех группах одинаково: наибольшие значения у шкал «Цели» и «Локус контроля-Жизнь», затем идет «Процесс», «Результат» и наименьшие значения по шкале «Локус контроля-Я». При этом стабильно самые низкие значения по всем шкалам имеет контрольная группа респондентов без специальных психологических знаний.

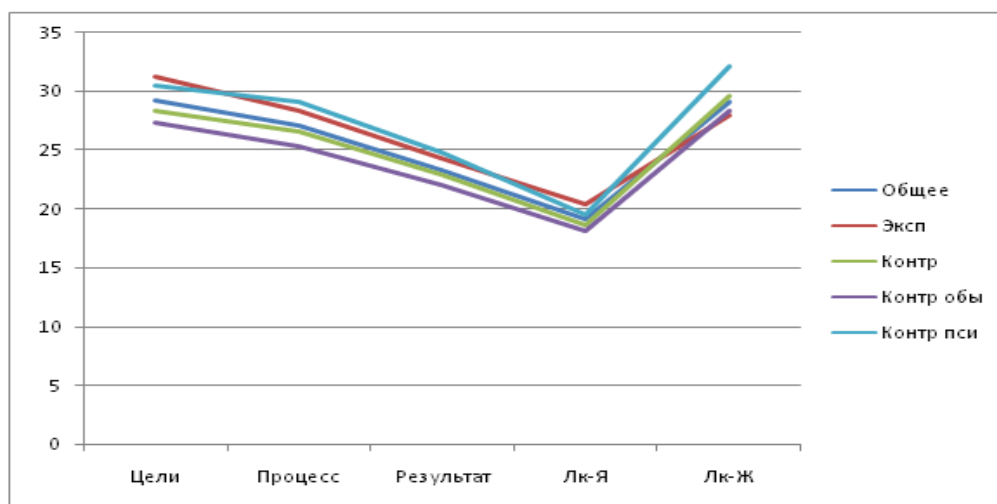


Рис.5. Средние значения основных шкал Теста смысложизненных ориентаций

3.1.5. Основные результаты сравнения средних значений и достоверности различий между группами

Обобщая полученные данные, можно сделать следующие выводы: Статистически значимые различия между группой здоровых людей с психологическими знаниями и без таковых были выявлены в отношении осмысленности жизни- для психологов жизнь представляется в целом более осмысленной, а также в отношении выраженности болезненной симптоматики- для группы здоровых людей без специальных знаний в области психологии субъективный дискомфорт от болезненной симптоматики оказался наиболее высоким, по сравнению с остальными группами сравнения. Группы здоровых и больных людей достоверно отличаются по уровню притязаний, у больных желаемая самооценка в среднем неадекватно завышена. В отношении самостигматизации обнаружены следующие результаты: больные в большей степени, чем здоровые люди, склонны стигматизировать других больных, при этом интернализация стереотипов выражена у них меньше, чем у здоровых. Но ущерб личности от интернализации примерно одинаковый у группы больных и здоровых. Одной из причин несоответствия между повышенной стигматизацией и одновременно низкой интернализацией стереотипов (при

схожем значении ущерба личности у больных и здоровых) может быть вызвано эффектом социальной желательности больных.

3.2. Корреляционный анализ

Для проведения корреляционного анализа использовался коэффициент ранговой корреляции Спирмена. Анализ проводился для двух групп сравнения: для людей с шизофренией и здоровых. В результате были получены значимые корреляции (p уровень значимости 0,01), представленные в табл. 26 и табл. 27.

Таблица 26. Результаты корреляционного анализа для группы больных шизофренией

Корреляционный анализ для группы больных шизофренией ($p=0,01$)				
О-С:	Цели= -,541 ЛкЯ= -,517 Apply= ,789 HurtsSelf= ,566		Процесс:	Apply= -,621 АктуальнаяС= ,729 РазницаС= -,664
IntSens:	АктуальнаяС= -,570 РазницаС= ,523		Результат:	Apply= -,618 HurtsSelf= -,568 АктуальнаяС= ,796 РазницаС= -,780
Depr:	Цели= -,580 ОЖ= -,523 Apply= ,696 HurtsSelf= ,579		ЛкЯ:	Apply= -,686 HurtsSelf= -,561 АктуальнаяС= ,756 РазницаС= -,685
GSI:	Apply= ,574		ЛкЖизнь:	Apply= -,673 HurtsSelf= -,611 АктуальнаяС= ,717 РазницаС= -,714
PSI:	Apply= ,630 HurtsSelf= ,564		ОЖ:	Apply= -,734 HurtsSelf= -,658 АктуальнаяС= ,820 РазницаС= -,739
Цели:	Apply= -,689 HurtsSelf= -,719 АктуальнаяС= ,731 РазницаС= -,655			

Таблица 27. Результаты корреляционного анализа для группы здоровых людей

Корреляционный анализ для группы здоровых людей (p=0,01)					
SOM:	Цели= -,367 ЛкЯ= -,475 ЛкЖ= -,397 ОЖ= -,415		GSI:	Цели= -,558 Процесс= -,534 Результат= -,648 ЛкЯ= -,571 ЛкЖизнь= -,653 ОЖ= -,669 HurtsSelf= ,470	
O-C:	Цели= -,563 Процесс= -,491 Результат= -,626 ЛкЯ= -,560 ЛкЖ= -,599 ОЖ= -,648 HurtsSelf= ,414		PSI:	Цели= -,482 Процесс= -,479 Результат= -,570 ЛкЖизнь= -,561 ОЖ= -,590 HurtsSelf= ,462	
IntSens:	Цели= -,496 Процесс= -,428 Результат= -,538 ЛкЯ= -,509 ЛкЖизнь= -,549 ОЖ= -,567 HurtsSelf= ,393		PDSI:	Цели= -,585 Процесс= -,481 Результат= -,629 ЛкЯ= -,523 ЛкЖизнь= -,663 ОЖ= -,630 HurtsSelf= ,429	
Depr:	Цели= -,570 Процесс= -,589 ЛкЯ= -,554 ЛкЖизнь= -,653 ОЖ= -,676 HurtsSelf= ,459 АктуальнаяС= -,466 РазницаС= ,396		Цели:	HurtsSelf= -,420 АктуальнаяС= ,401 РазницаС= -,346	
Anx:	Цели= -,416 Результат= -,460 ЛкЯ= -,399 ЛкЖизнь= -,536 ОЖ= -,474		Процесс:	HurtsSelf= -,446 АктуальнаяС= ,514 РазницаС= -,457	
Hos:	Цели= -,393 Процесс= -,384 Результат= -,475 ЛкЖизнь= -,384 ОЖ= -,437 HurtsSelf= ,356		Результат:	HurtsSelf= -,527 АктуальнаяС= ,504 РазницаС= -,400	
Phob:	Цели= -,461 Процесс= -,460 Результат= -,510 ЛкЯ= -,511 ЛкЖизнь= -,485 ОЖ= -,557		ЛкЯ:	HurtsSelf= -,394 АктуальнаяС= ,396	
Par:	Процесс= -,401 Результат= -,431 ЛкЖизнь= -,448 ОЖ= -,407 HurtsSelf= ,453		ЛкЖизнь:	HurtsSelf= -,454 АктуальнаяС= ,404 РазницаС= -,357	
Psy:	Цели= -,384 Процесс= -,406 Результат= -,436 ЛкЯ= -,353 ЛкЖизнь= -,396 ОЖ= -,440 HurtsSelf= ,509 РазницаС= ,353		ОЖ:	HurtsSelf= -,474 АктуальнаяС= ,460 РазницаС= -,399	

			HurtsSelf:	АктуальнаяС= -,449 РазницаС= ,377
--	--	--	------------	--------------------------------------

Основные выводы по результатам корреляционного анализа.

В группе больных шизофренией обнаружены значимые корреляции между отдельными элементами всех исследуемых характеристик: самостигматизации, актуальных болезненных переживаний, самооценки и смысло-жизненных ориентаций. Положительные коэффициенты между показателями выраженности различных симптомов и самостигматизацией, а также симптомами и разницей между актуальной и желаемой самооценкой, то есть чем выше один признак, тем выше другой. Также можно говорить о том, что чем выше осмысленность жизни, тем выше будет значение актуальной самооценки. Анализируя отрицательные коэффициенты корреляции, мы видим следующее: чем ярче выражен дискомфорт от болезненных переживаний, тем ниже осмысленность жизни и актуальная самооценка; и чем выше осмысленность жизни, тем ниже значение самостигматизации и тем меньше разница между актуальной и желаемой самооценкой.

В группе здоровых людей наблюдаются те же закономерности, что и в группе больных шизофренией.

На основании корреляционного анализа можно сделать вывод, что независимо от наличия заболевания, имеется взаимосвязь между всеми исследуемыми феноменами: чем выше дискомфорт от болезненных переживаний, тем выше будет значение самостигматизации, разница между актуальной самооценкой и уровнем притязаний (то есть неудовлетворенность собой) и тем ниже будет актуальная самооценка и осмысленность жизни, а чем выше осмысленность жизни, тем выше актуальная самооценка и тем ниже самостигматизация и разница между самооценкой и уровнем притязаний.

3.3. Факторный анализ

В результате факторного анализа были выделены три фактора (см. рис.6). Шкалы, вошедшие в каждый фактор, можно увидеть в табл.28. Исходя из полученных данных, факторы были названы следующим образом: 1)Актуальные болезненные переживания; 2)Снижение осмысленности и удовлетворенности жизнью; 3)Желаемая самооценка.

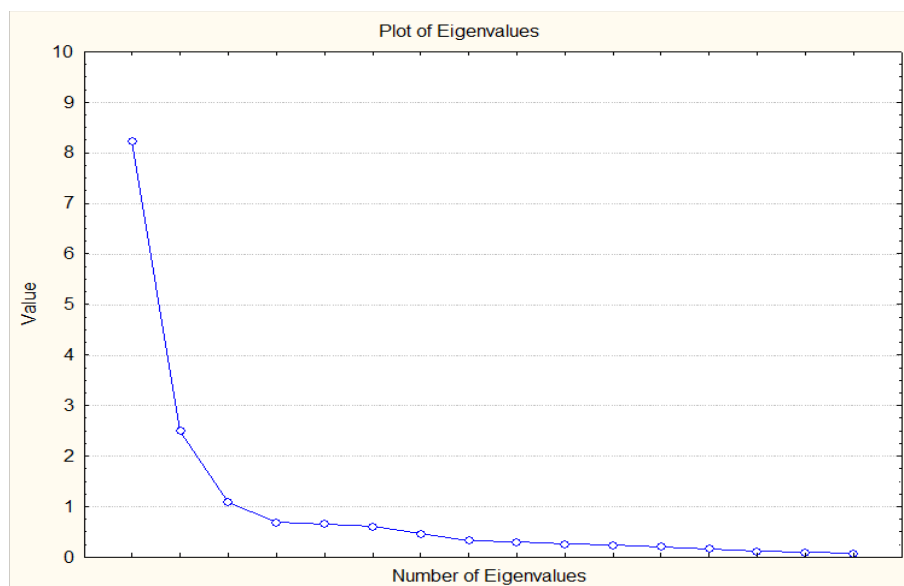


Рис. 6. График собственных значений предполагаемых факторов

Таблица 28. Определение числа факторов методом главных компонент с указанием факторной нагрузки

Variable	Factor Loadings (Varimax raw) (Данные) Extraction: Principal components (Marked loadings are >.500000)		
	Factor 1	Factor 2	Factor 3
SOM	0,765481	0,079943	-0,107968
O-C	0,755232	0,416533	-0,132658
Interp Sens	0,770031	0,372291	0,113445
Depr	0,792709	0,454439	-0,120772
Anx (трев)	0,872193	0,163281	0,043594
Hos (враж)	0,705820	0,097267	-0,172585
PHOV	0,791950	0,238156	-0,004820
PAR	0,714923	0,124479	0,341169
PSY	0,739678	0,356995	0,078872
ЦЕЛИ	-0,316625	-0,817926	0,156088
ПРОЦЕСС	-0,163867	-0,879506	0,108063
РЕЗУЛЬТАТ	-0,263857	-0,901423	0,054205
ЛК-Я	-0,290220	-0,835189	0,157134
ЛК-ЖИЗНЬ	-0,247593	-0,847079	-0,190242
Актуальная С	-0,008828	-0,732146	0,060201
Желаемая С	-0,003999	-0,140631	0,920709
Expl.Var	5,664346	4,986781	1,162229
Prp.Totl	0,354022	0,311674	0,072639

3.4. Дисперсионный анализ (ANOVA)

С помощью дисперсионного анализа было проведено сравнение трёх групп испытуемых по трём ранее выделенным факторам. Независимой переменной выступила группа, их было три: больные люди, здоровые люди со специальными знаниями в области психологии и здоровые люди без специальных знаний в области психологии. Зависимыми переменными были факторы: болезненные переживания, снижение осмысленности жизни и желаемая самооценка. В результате были получены следующие данные (см. рис.7 и табл.29-31): 1) группа здоровых людей со знаниями в области психологии отличается от здоровых людей без специальных знаний по психологии по фактору «Болезненные переживания»; 2) группа больных шизофренией отличается от группы здоровых психологов и здоровых людей без психологических знаний по фактору «Желаемая самооценка».

Таблица 29. Результаты Дисперсионного анализа для фактора «Болезненные переживания» по группам

LSD test; variable Болезненные переживания (Spreadsh Probabilities for Post Hoc Tests Error: Between MSE = ,96131, df = 73,000				
Cell No.	группа 1-э 2-к обыч 3-к псих	{1}	{2}	{3}
1	1	-,1286	,26386	-,3514
2	2	0,131067		0,461534
3	3	0,461534	0,029280	

Таблица 30. Результаты Дисперсионного анализа для фактора «Снижение осмысленности жизни» по группам

LSD test; variable Снижение осмысленности жизни (Spre Probabilities for Post Hoc Tests Error: Between MSE = 1,0598, df = 73,000				
Cell No	группа 1-э 2-к обыч 3-к псих	{1}	{2}	{3}
1	1	,00162	,11124	-,2187
2	2	0,68572		0,48809
3	3	0,48809	0,25988	

Таблица 31. Результаты Дисперсионного анализа для фактора «Желаемая самооценка» по группам

LSD test; variable Желаемая самооценка (Spreadsheet Probabilities for Post Hoc Tests Error: Between MSE = ,69809, df = 73,000				
Cell No.	группа 1-э 2-к обыч 3-к псих	{1}	{2}	{3}
1	1	,85549	-,2443	-,6049
2	2	0,000004		0,130507
3	3	0,000000	0,130507	

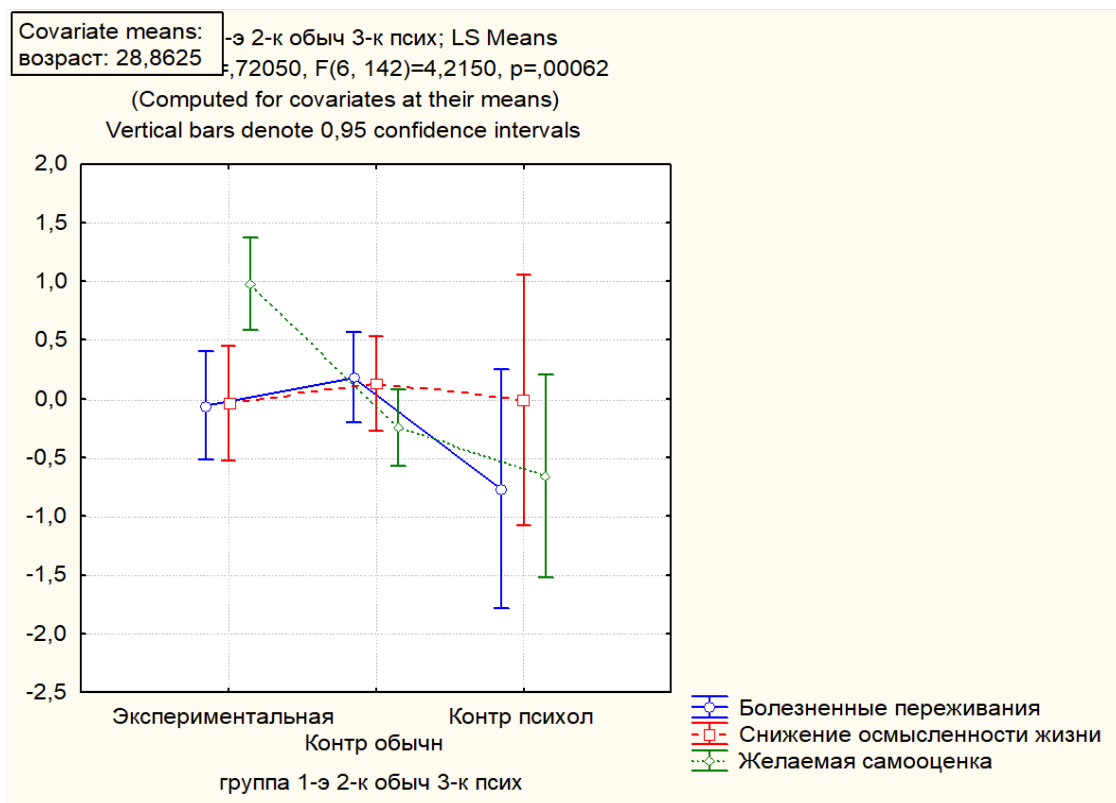


Рис.7. Результаты Дисперсионного анализа по группам сравнения

Далее было проведено сравнение по следующим переменным: независимые переменные- пол, возраст, группа; зависимые переменные- шкалы методики на определение уровня самостигматизации (Aware-осведомленность о стереотипах, Agree- согласие со стереотипами, Apply-применение стереотипов к себе, Hurts Self-ущерб личности).

Были получены следующие результаты (см. рис.8-9): 1)Шкала Agree (“Согласие”) в некоторой степени зависит от пола; 2)Шкала Apply (“Применение к себе”) в некоторой степени зависит от группы, причем наименьшая выраженность свойства наблюдается у группы больных, а наибольшая у здоровых людей- не психологов.

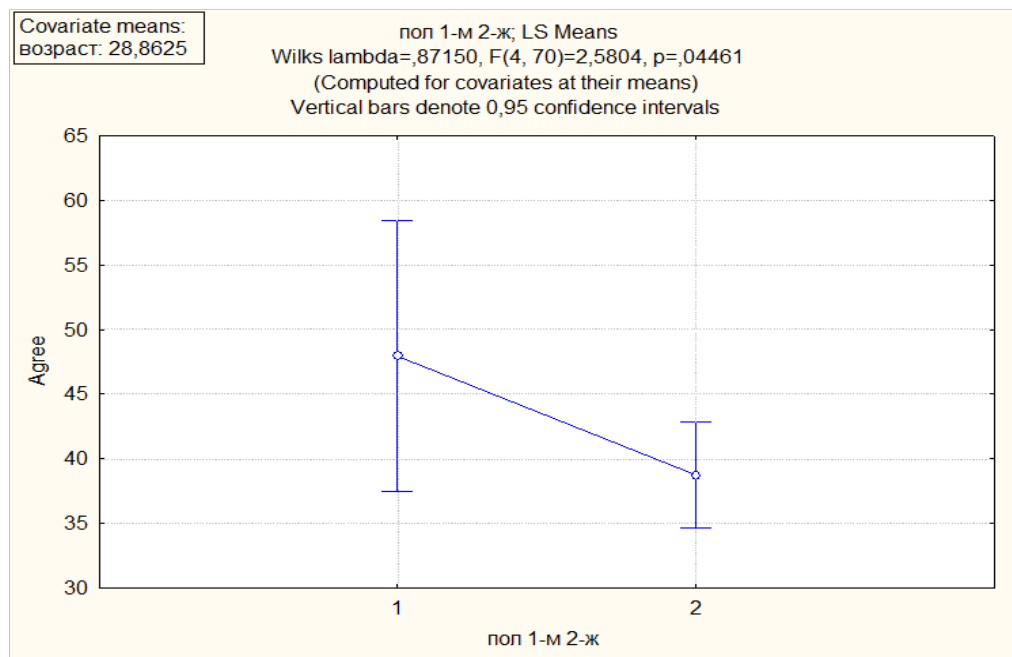


Рис.8. Значения шкалы Agree в зависимости от пола

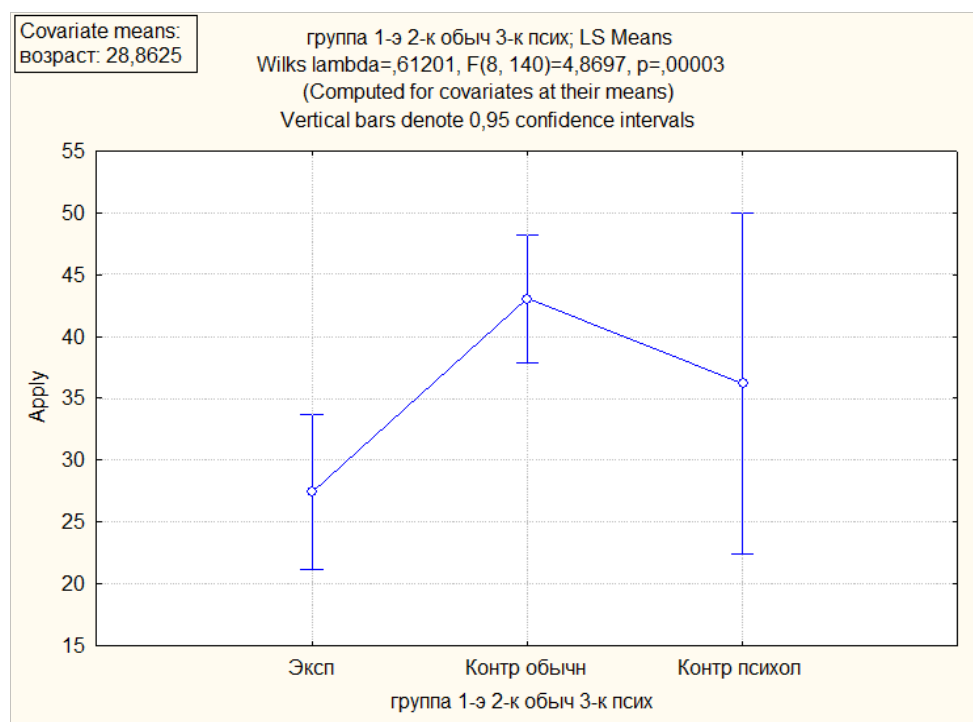


Рис.9. Значения шкалы Apply в зависимости от группы сравнения

3.5. Множественный регрессионный анализ

3.5.1. Множественный регрессионный анализ по всей выборке

Результаты множественного регрессионного анализа для всей выборки представлены в таблицах 32-35.

При регрессионном анализе можно говорить о влиянии, независимые переменные являются предикторами зависимой:

1)Предикторами Aware (осведомленности о стереотипах) являются снижение осмысленности и желаемая самооценка (с отрицательным знаком).

2)Предикторами Agree (“Согласие”) являются возраст и желаемая самооценка;

3)Предикторами Apply (“Применение к себе”) являются: группа сравнения, снижение осмысленности и болезненные переживания;

4)Предикторами Hurts Self (“Ущерб личности”) являются снижение осмысленности и болезненные переживания.

Таблица 32. Результаты мн.регрессионного анализа для всей выборки, зависимая переменная- Aware (“Осведомленность”)

Regression Summary for Dependent Variable: Осведомленность о стереотипах R= ,25699993 R²= ,06604897 Adjusted R²= ,04179050 F(2,77)=2,7227 p<,07202 Std.Error of estimate: 14,866							
N=80	Beta	Std.Err. of Beta	B	Std.Err. of B	t(77)	p-level	Valid N
Intercept			57,85000	1,662066	34,80608	0,000000	
Желаемая самооценка	-0,209947	0,110133	-3,18840	1,672552	-1,90631	0,060341	80
Снижение осмысленности жизни	0,148227	0,110133	2,25107	1,672552	1,34589	0,182287	80

Таблица 33. Результаты мн.регрессионного анализа для всей выборки, зависимая переменная- Agree (“Согласие”)

Regression Summary for Dependent Variable: Согласие со стереотипом R= ,39320562 R²= ,15461066 Adjusted R²= ,10952323 F(4,75)=3,4291 p<,01250 Std.Error of estimate: 14,276							
N=80	Beta	Std.Err. of Beta	B	Std.Err. of B	t(75)	p-level	Valid N
Intercept			29,79397	4,936684	6,035220	0,000000	
Снижение осмысленности жизни	0,196675	0,106300	2,97529	1,608104	1,850184	0,068226	80
Болезненные переживания	0,170754	0,106522	2,58315	1,611455	1,602995	0,113139	80
возраст	0,209055	0,109966	0,30770	0,161856	1,901084	0,061133	80
Желаемая самооценка	0,166638	0,109498	2,52089	1,656477	1,521837	0,132255	80

Таблица 34. Результаты мн.регрессионного анализа для всей выборки, зависимая переменная- Apply (“Применение к себе”)

Regression Summary for Dependent Variable: Применение к себе R= ,53071199 R²= ,28165522 Adjusted R²= ,25329950 F(3,76)=9,9329 p<,00001 Std.Error of estimate: 12,550							
N=80	Beta	Std.Err. of Beta	B	Std.Err. of B	t(76)	p-level	Valid N
Intercept			22,19313	3,993137	5,557818	0,000000	
группа 1-э 2-к обыч 3-к псих	0,387789	0,097663	7,66161	1,929552	3,970668	0,000161	80
Болезненные переживания	0,297673	0,097408	4,32316	1,414679	3,055928	0,003095	80
Снижение осмысленности жизни	0,268275	0,097476	3,89620	1,415667	2,752200	0,007399	80

Таблица 35. Результаты мн.регрессионного анализа для всей выборки, зависимая переменная- Hurts Self (“Ущерб личности”)

Regression Summary for Dependent Variable: Ущерб от стереотипов R= ,56511206 R²= ,31935164 Adjusted R²= ,30167246 F(2,77)=18,064 p<,00000 Std.Error of estimate: 13,647							
N=80	Beta	Std.Err. of Beta	B	Std.Err. of B	t(77)	p-level	Valid N
Intercept			25,90000	1,525791	16,97480	0,000000	
Снижение осмысленности жизни	0,423370	0,094019	6,91402	1,535418	4,50302	0,000023	80
Болезненные переживания	0,374312	0,094019	6,11286	1,535418	3,98124	0,000154	80

3.5.2. Множественный регрессионный анализ группы больных с расстройствами шизофренического круга

Результаты множественного регрессионного анализа для группы больных шизофренией представлены в таблицах 36-37. Интерпретируя данные, можно говорить о следующих влияниях:

1) Apply (“Применение к себе”) зависит от: болезненных переживаний и снижения осмысленности ($R=0,70$, $p<0,00076$);

2) Hurts Self (“Ущерб личности”) зависит от: снижения осмысленности, болезненных переживаний и желаемой самооценкой ($R=0,68$, $p<0,00502$).

Таблица 36. Результаты мн.регрессионного анализа для группы больных шизофренией, зависимая переменная- Apply (“Применение к себе”)

Regression Summary for Dependent Variable: Применение к себе (Spreadsheet80) R= ,70366343 R²= ,49514223 Adjusted R²= ,44706053 F(2,21)=10,298 p<,00076 Std.Error of estimate: 9,5653 Include condition: v3=1 Экспериментальная							
N=24	Beta	Std.Err. of Beta	B	Std.Err. of B	t(21)	p-level	Valid N
Intercept			27,75407	1,975471	14,04934	0,000000	
Снижение осмысленности жизни	0,651812	0,159084	6,55291	1,599329	4,09728	0,000515	24
Болезненные переживания	0,448409	0,159084	6,59633	2,340211	2,81869	0,010289	24

Таблица 37. Результаты мн.регрессионного анализа для группы больных шизофренией, зависимая переменная- Hurts Self (“Ущерб личности”)

		Regression Summary for Dependent Variable: Ущерб от стереотипов (Spreadsheet80)					
		R= ,68246941 R²= ,46576450 Adjusted R²= ,38562918					
		F(3,20)=5,8122 p<,00502 Std.Error of estimate: 10,782					
		Include condition: v3=1 Экспериментальная					
N=24		Beta	Std.Err. of Beta	B	Std.Err. of B	t(20)	p-level
							Valid N
	Intercept			25,69685	3,296965	7,794092	0,000000
	Снижение осмысленности жизни	0,643175	0,167688	6,91446	1,802735	3,835538	0,001033
	Болезненные переживания	0,421467	0,179445	6,62994	2,822782	2,348726	0,029229
	Желаемая самооценка	0,178358	0,175478	3,04224	2,993119	1,016411	0,321573

По результатам регрессионного анализа, можно говорить о том, что наиболее влиятельной независимой переменной является осмысленность жизни, самостигматизация зависит от неё в большей степени, то есть то, насколько человек удовлетворен своей жизнью и её смыслом, будет влиять на ущерб, получаемый личностью от самостигматизации. Еще одним мощным предиктором являются болезненные переживания. То есть степень самостигматизации зависит от переживаемого индивидом дискомфорта от различных симптомов.

ВЫВОДЫ

В ходе работы были сделаны следующие выводы:

1. Независимо от наличия заболевания, имеется взаимосвязь между всеми исследуемыми феноменами: чем выше дискомфорт от болезненных переживаний, тем выше будет значение самостигматизации, разница между актуальной самооценкой и уровнем притязаний (то есть неудовлетворенность собой) и тем ниже будет актуальная самооценка и осмысленность жизни, а чем выше осмысленность жизни, тем выше актуальная самооценка и тем ниже самостигматизация и разница между самооценкой и уровнем притязаний.

2. Группа здоровых и больных людей достоверно отличаются по уровню притязаний, у больных желаемая самооценка в среднем неадекватно завышена. В отношении самостигматизации обнаружены следующие результаты: больные в большей степени, чем здоровые люди, склонны стигматизировать других больных, при этом интернализация стереотипов выражена у них меньше, чем у здоровых. Но ущерб личности от интернализации примерно одинаковый у группы больных и здоровых. Одной из причин несоответствия между повышенной стигматизацией и одновременно низкой интернализацией стереотипов (при схожем значении ущерба личности у больных и здоровых) может быть эффект социальной желательности у больных.

3. Статистически значимые различия между группой здоровых людей с психологическими знаниями и без таковых были выявлены в отношении осмысленности жизни- для психологов жизнь представляется в целом более осмысленной, а также в отношении выраженности болезненной симптоматики- для группы здоровых людей без специальных знаний в области психологии субъективный дискомфорт от болезненной симптоматики оказался наиболее высоким, по сравнению с остальными группами сравнения.

4. Относительно отдельных особенностей самостигматизации были получены следующие результаты:

4.1. Чем выше знание о стереотипах относительно психически больных (Aware), существующих в обществе, тем ниже осмысленность жизни и тем ниже уровень притязаний личности.

4.2. Чем более выражено согласие со стереотипами в отношении людей с психическими расстройствами (Agree), тем выше уровень притязаний. Также высокая степень согласия имеет прямую зависимость от возраста.

4.3. Применение к себе стереотипов (Apply), их интернализация, различается в группах сравнения: наиболее высокая интернализация характерна для группы здоровых людей без психологических знаний, а наименьшая для группы больных. На данный показатель могли повлиять условия проведения исследования и эффект социальной желательности, присутствующий у больных, находящихся в стационаре. Также было установлено, что высокая степень интернализации стереотипов, характеризуется низкой осмысленностью жизни и более выраженным субъективным дискомфортом от актуальной симптоматики.

4.4. Высокие показатели ущерба личности от самостигматизации (Hurts Self) связаны со снижением осмысленности жизни и высоким дискомфортом от болезненных переживаний. Стоит заметить, что в группе больных высокий показатель ущерба личности также согласуется с высоким уровнем притязаний.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Настоящая работа посвящена исследованию особенностей самостигматизации больных с расстройствами психотического спектра, в частности, шизофренией, а также выявлению взаимосвязей между самостигматизацией и психологическими особенностями личности: самооценкой, степенью осмысленности жизни и субъективным дискомфортом от болезненных переживаний.

Для решения поставленных вопросов были отобраны 24 больных шизофренией и 56 здоровых человек, работа с больными проводилась на базе СПб ГКУЗ Городская Психиатрическая Больница №6.

В результате проведенной работы была подтверждена гипотеза о наличии взаимосвязей между самостигматизацией, самооценкой, осмысленностью жизни и выраженностью актуальных болезненных переживаний.

Гипотеза о различиях между группой больных и здоровых людей была подтверждена частично- они достоверно отличаются по уровню притязаний, у больных желаемая самооценка в среднем неадекватно завышена. В отношении самостигматизации обнаружены следующие результаты: больные в большей степени, чем здоровые люди, склонны стигматизировать других больных, при этом интернализация стереотипов выражена у них меньше, чем у здоровых. Но ущерб личности от интернализации примерно одинаковый у группы больных и здоровых.

Гипотеза о наличии различий в характеристиках самостигматизации среди здоровых людей со специальными знаниями в области психологии и без таковых подтвердилась частично- значимые различия были обнаружены в степени интернализации стигмы- у психологов она оказалась ниже. Остальные характеристики самостигматизации не обнаружили достоверных различий среди здоровых людей.

Самостигматизация оказывает влияние на важнейшие механизмы, связанные с вовлеченностью больного в терапевтический процесс и его

приверженностью лечению. Именно поэтому дальнейшее изучение данной проблемы имеет огромное значение для практики реабилитации и ресоциализации больных с психическими расстройствами.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Абрамов В.А. Личностно-ориентированная психиатрия: ценностно-гуманистические подходы / В.А. Абрамов, О.И. Осокина, Г.Г. Путятин. – Донецк, 2014. – 300 с;
2. Беркман А. М., Бурковский Г. В., Левченко Е. В. О целесообразности полимодальных измерений качества жизни. Клинические и социально-психологические аспекты качества жизни психоневрологических больных в современном обществе: Сб. тезисов научн. конф. с международным участием // Клинические и социально-психологические аспекты жизни психоневрологических больных в современном обществе. СПб. – 2003. – С. 35;
3. Бёрнс Р. Я-концепция и воспитание. — М., 1989. — 169 с;
4. Бовина И.Б., Якушенко А.В. Стигматизация психически больных людей и борьба с ней: социально-психологическое измерение проблемы // Вестник РУДН. Серия: Психология и педагогика. 2015. №2. С. 14-23;
5. Войтенко Р. М. Социальная психиатрия с основами медико-социальной экспертизы и реабилитологии: Руководство для врачей и психологов // СПб.: Фолиант. – 2002;
6. Гайфулин А. В. Различные теоретические подходы в определении понятия самооценки // Вестник Томского государственного педагогического университета. - 2009. - № 1. - С. 73-76;
7. Гаррабе Ж. История шизофрении // М., СПб. – 2000;
8. Гонжал О. А. Клиническая типология самостигматизации при шизофрении // Дисс.... канд. мед. наук. М. – 2006;
9. Голланд В. Б., Дмитриева Т. Б., Казаковцев Б. А. Психические расстройства и расстройства поведения (F00-F99). (Класс V МКБ-10, адаптированный для использования в Российской Федерации). – 1998;
10. Гурович И. Я., Шмуклер А. Б., Сторожакова Я. А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. – Медпрактика-М, 2007;
11. Джеймс Уильям. Психология. – М.: 2011. – 320 с;

12. Дроздов А., Дроздова М. Справочник психотерапевта. – Litres, 2017;
13. Кабанов М.М., Ломаченков А., Коцюбинский А. Уменьшение стигматизации и дискриминации в отношении психически больных // Журнал социальная и клиническая психиатрия, 1999, № 2, С. 23-28;
14. Кабанов М.М. Охрана психического здоровья и проблемы стигматизации и комплайенса // Журнал социальная и клиническая психиатрия. 1998; №2, С. 58-62;
15. Климусева, Т. А. Клинико-психологическое исследование больных параноидной формой шизофрении с синдромом Кандинского-Клерамбо. / Т. А. Климусева.- М., 1965. – 170 с;
16. Косенко Н.А., Красильников Г.Т., Косенко В.Г., Агеев М.И. Истоки психиатрической стигматизации и её перспективы. // Кубанский научный медицинский вестник. 2005. №3. С. 58-61;
17. Красильников Г. Т. Особенности нарушений критичности при шизофрении //Обозр. психиатр. и мед. психол. им. ВМ Бехтерева. – 1993. – №. 2. – С. 95-97;
18. Куликов С. А., Куликова А. С. Некоторые аспекты изучения качества жизни больных параноидной шизофренией с позиций системного анализа //Экология человека. – 2008. – №. 4;
19. Леонтьев А. Н. и др. Деятельность. Сознание. Личность //М.: смысл. – 2005. – Т. 431;
20. Леонтьев Д.А. Лабиринт идентичностей: не человек для идентичности, а идентичность для человека / Д.А. Леонтьев //Философские науки. – 2009. – №10. – С. 5–10;
21. Леонтьев Д.А. Психология смысла: Природа, строение и динамика смысловой реальности. М.: Смысл., 1999. -487с;
22. Леонтьев Д.А. Тест смысложизненных ориентаций (СЖО). М.: Смысл. 2000. -18с;

23. Леонтьев Д. А. Факторная структура теста смысложизненных ориентаций / Д. А. Леонтьев, М. О. Калашников, О. Э. Калашникова // Психологический журнал. – 1993. – Т. 14, № 1. – С. 150–155;
24. Лутова Н.Б., Сорокин М.Ю., Вид В.Д. Психиатрическая стигма- её проявления и последствия.// Обозрение психиатрии и медицинской психологии. -2017;-Т.3.-С. 41-45;
25. Мальцева Е. А., Злоказова М. В., Соловьев А. Г. Особенности самооценки и уровня притязаний у пациентов с шизофренией молодого возраста //Социальная и клиническая психиатрия. – 2013. – Т. 23. – №. 3;
26. Михайлова И.И., С.А.Судаков, С.Н.Ениколопов, С.Н.Мясоедов. Применение кластерного анализа для описания феномена самостигматизации психически больных. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.- 2004.-Т.7, №104.-С. 61-65;
27. Михайлова И. И. Самостигматизация психически больных: описание и типология // Психиатрия. – 2004. – № 2 (08). – С. 23–30;
28. Михайлова И. И., Ястребов В. С., Ениколопов С. Н. Клинико-психологические и социальные факторы, влияющие на стигматизацию психически больных разных нозологических групп //Журнал неврологии и психиатрии. – 2002. – Т. 7. – С. 58-65;
29. Мосолов С. Н. и др. Психиатрическая помощь больным шизофренией: Клиническое руководство. – 2007;
30. Наследов А. Д. SPSS: Компьютерный анализ данных в психологии и социальных науках. – 2005;
31. Наследов А. Д. Математические методы психологического исследования: анализ и интерпретация данных. – 2004;
32. Поляков, Ю. Ф. Патология познавательной деятельности при шизофрении / Ю. Ф. Поляков. - М.: Медицина, 1974. – 272 с;
33. Прихожан А. М. Применение методов прямого оценивания в работе школьного психолога //Научно-методические основы использования в

школьной психологической службе конкретных психологических методик. – 1988. – С. 110-118;

34. Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии. В 2 т. М., 1989;

35. Руженкова В.В., Руженков В.А. Проблема стигмы в психиатрии и суицидологии // Научные ведомости БелГУ. Серия: Медицина. Фармация. 2012. №4. С. 5-13;

36. Серебряйская Л.Я., Ястребов В.С., Ениколопов С.Н. Социально-психологические факторы стигматизации психически больных // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 2002. №9. С. 59–68;

37. Серый А. В. Психологические механизмы функционирования системы личностных смыслов. – Общество с ограниченной ответственностью Авторское издательство Кузбассвуиздат, 2002. – С. 187-187;

38. Снежневский А.В. Руководство по психиатрии. Т.1,Т.2. М., 1983-480с;

39. Тамашунене Л.А. Роль психосоциальных факторов в адаптации больных шизофренией / Л.А. Тамашунене, Е.В. Угушев // Психиатрия. - 2005. - №3. - С. 60 – 65;

40. Финзен Асмус. Психоз и стигма: Пер. с нем. – М., 2001;

41. Чеснокова И. И., Шорохова Е. В. Проблема самосознания в психологии. – М.: Наука, 2002. – 144 с;

42. Юрьева Л. Н. и др. Психологические особенности смысложизненных ориентаций и самоотношения больных шизофренией, совершивших общественно опасные деяния //Вестник психиатрии и психологии Чувашии. – 2013. – №. 9. –С. 33-44;

43. Ялом И. Экзистенциальная психотерапия / И. Ялом. – М. :, 1999. – 265 с.

44. Allport G. W. The nature of prejudice. Reading, MA: Addison-Wesley. – 1979;

45. Augoustinos M., Ahrens C., Innes J. M. Stereotypes and prejudice: The Australian experience //British Journal of Social Psychology. – 1994. – T. 33. – №. 1. – C. 125-141;
46. Byrne P. Psychiatric stigma: past, passing and to come //Journal of the Royal Society of Medicine. – 1997. – T. 90. – №. 11. – C. 618-621;
47. Byrne P. Stigma of mental illness and ways of diminishing it //Advances in Psychiatric treatment. – 2000. – T. 6. – №. 1. – C. 65-72;
48. Corrigan P.W. A toolkit for evaluating programs meant to erase the stigma of mental illness //IL: Illinois Institute of Technology. – 2008;
49. Corrigan P.W. How stigma interferes with mental health care //American psychologist. – 2004. – T. 59. – №. 7. – C. 614;
50. Corrigan P.W., Kleinlein P. The impact of mental illness stigma. In: Corrigan PW, editor. On the Stigma of Mental Illness: Implications for Research and Social Change. Washington, DC: American Psychological Association Press; 2005. – C. 343;
51. Corrigan P.W., Larson J. E., Ruesch N. Self- stigma and the “why try” effect: impact on life goals and evidence- based practices //World psychiatry. – 2009. – T. 8. – №. 2. – C. 75-81;
52. Corrigan P.W. On the stigma of mental illness: practical strategies for research and social change.—Washington: American Psychological Association.— 2005;
53. Corrigan P.W., Rao D. On the self-stigma of mental illness: Stages, disclosure, and strategies for change //The Canadian Journal of Psychiatry. – 2012. – T. 57. – №. 8. – C. 464-469;
54. Corrigan P.W., Watson A. C., Barr L. The self–stigma of mental illness: Implications for self–esteem and self–efficacy //Journal of social and clinical psychology. – 2006. – T. 25. – №. 8. – C. 875-884;
55. Crumbaugh J.C. Cross-validation of purpose-in-life test based on Frankl's concepts //Journal of individual Psychology. – 1968. – T. 24. – №. 1. – C. 74;

56. Derogatis L. R., Lipman R. S., Covi L. SCL-90 //Administration, scoring and procedures manual-I for the R (revised) version and other instruments of the Psychopathology Rating Scales Series. Chicago: Johns Hopkins University School of Medicine. – 1977;
57. Esses V. M., Haddock G., Zanna M. P. The role of mood in the expression of intergroup stereotypes //The psychology of prejudice: The Ontario symposium. – Erlbaum. Hillsdale, NJ, 1994. – T. 7. – C. 77-101;
58. Fung K. M. T. et al. Measuring self-stigma of mental illness in China and its implications for recovery //International Journal of Social Psychiatry. – 2007. – T. 53. – №. 5. – C. 408-418;
59. Goffman E. Stigma: Notes on a spoiled identity //Jenkins, JH & Carpenter. – 1963;
60. Gove W. R. The current status of the labeling theory of mental illness //Deviance and mental illness. – 1982. – C. 273-300;
61. Hilton J. L., Von Hippel W. Stereotypes //Annual review of psychology. – 1996. – T. 47. – №. 1. – C. 237-271;
62. Hoelter J. W. Factorial invariance and self-esteem: Reassessing race and sex differences //Social Forces. – 1983. – T. 61. – №. 3. – C. 834-846;
63. Huxley P., Thornicroft G. Social inclusion social quality and mental illness // Br. J. Psychiatry.—2003.—Vol. 182.—P. 289–290;
64. Jensen G. F., White C. S., Galliher J. M. Ethnic status and adolescent self-evaluations: An extension of research on minority self-esteem //Social Problems. – 1982. – T. 30. – №. 2. – C. 226-239;
65. Kelly D. L. Treatment considerations in women with schizophrenia //Journal of Women's Health. – 2006. – T. 15. – №. 10. – C. 1132-1140;
66. Krueger J. Personal beliefs and cultural stereotypes about racial characteristics //Journal of personality and Social Psychology. – 1996. – T. 71. – №. 3. – C. 536;

67. Link B. G. et al. A modified labeling theory approach to mental disorders: An empirical assessment //American sociological review. – 1989. – C. 400-423;
68. Link B. G. et al. Stigma as a barrier to recovery: The consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illnesses //Psychiatric services. – 2001. – T. 52. – №. 12. – C. 1621-1626;
69. Link B. G., Mirotznik J., Cullen F. T. The effectiveness of stigma coping orientations: can negative consequences of mental illness labeling be avoided? //Journal of health and social behavior. – 1991. – C. 302-320;
70. Link B. G. Understanding labeling effects in the area of mental disorders: An assessment of the effects of expectations of rejection //American Sociological Review. – 1987. – C. 96-112;
71. Lysaker P.H., Roe D., Yanos P.T. Toward understanding the insight paradox: internalized stigma moderates the association between insight and social functioning, hope, and self-esteem among people with schizophrenia spectrum disorders // Schizophrenia Bulletin.—2007.—Vol. 33.—P. 192–199;
72. Lysaker P. H., Vohs J. L., Tsai J. Negative symptoms and concordant impairments in attention in schizophrenia: Associations with social functioning, hope, self-esteem and internalized stigma //Schizophrenia Research. – 2009. – T. 110. – №. 1. – C. 165-172;
73. Markowitz F. E. The effects of stigma on the psychological well-being and life satisfaction of persons with mental illness //Journal of Health and Social Behavior. – 1998. – C. 335-347;
74. Mojtabai R., Nicholson R. A., Carpenter B. N. Role of psychosocial treatments in management of schizophrenia: A meta-analytic review of controlled outcome studies //Schizophrenia Bulletin. – 1998. – T. 24. – №. 4. – C. 569;
75. Mullen B., Rozell D., Johnson C. The phenomenology of being in a group: Complexity approaches to operationalizing cognitive representation. – 1996;
76. Nye J. L., Brower A. M. (ed.). What's social about social cognition?: Research on socially shared cognition in small groups. – Sage Publications, 1996;

77. Perlick D. A. et al. Stigma as a barrier to recovery: adverse effects of perceived stigma on social adaptation of persons diagnosed with bipolar affective disorder //Psychiatric services. – 2001. – T. 52. – №. 12. – C. 1627-1632;
78. Pfammatter M., Junghan U. M., Brenner H. D. Efficacy of psychological therapy in schizophrenia: conclusions from meta-analyses //Schizophrenia bulletin. – 2006. – T. 32. – №. suppl_1. – C. S64-S80;
79. Porter J. R., Washington R. E. Black identity and self-esteem: A review of studies of Black self-concept, 1968-1978 //Annual Review of Sociology. – 1979. – T. 5. – №. 1. – C. 53-74;
80. Ritsher J. B., Otilingam P. G., Grajales M. Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure //Psychiatry research. – 2003. – T. 121. – №. 1. – C. 31-49;
81. Ritsher J. B., Phelan J. C. Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients //Psychiatry research. – 2004. – T. 129. – №. 3. – C. 257-265;
82. Rosenfield S. Labeling mental illness: The effects of received services and perceived stigma on life satisfaction //American Sociological Review. – 1997. – C. 660-672;
83. Rusch N. et al. Self-stigma in women with borderline personality disorder and women with social phobia //The Journal of nervous and mental disease. – 2006. – T. 194. – №. 10. – C. 766-773;
84. Sirey J. A. et al. Perceived stigma as a predictor of treatment discontinuation in young and older outpatients with depression //American Journal of Psychiatry. – 2001. – T. 158. – №. 3. – C. 479-481;
85. Sirey J. A. et al. Stigma as a barrier to recovery: Perceived stigma and patient-rated severity of illness as predictors of antidepressant drug adherence //Psychiatric services. – 2001. – T. 52. – №. 12. – C. 1615-1620;
86. Vauth R. et al. Self-efficacy and empowerment as outcomes of self-stigmatizing and coping in schizophrenia //Psychiatry research. – 2007. – T. 150. – №. 1. – C. 71-80;

87. Verkuyten M. Self-esteem among ethnic minority youth in Western countries //Social Indicators Research. – 1994. – T. 32. – №. 1. – C. 21-47;
88. Verkuyten M. Self-esteem, self-concept stability, and aspects of ethnic identity among minority and majority youth in the Netherlands //Journal of Youth and Adolescence. – 1995. – T. 24. – №. 2. – C. 155-175;
89. Vogel D. L., Wade N. G., Haake S. Measuring the self-stigma associated with seeking psychological help //Journal of Counseling Psychology. – 2006. – T. 53. – №. 3. – C. 325;
90. Watson A. C. et al. Self-stigma in people with mental illness //Schizophrenia bulletin. – 2007. – T. 33. – №. 6. – C. 1312-1318;
91. West M. L. et al. The influence of mental illness and criminality self-stigmas and racial self-concept on outcomes in a forensic psychiatric sample //Psychiatric rehabilitation journal. – 2015. – T. 38. – №. 2. – C. 150;
92. Wright E. R., Gronfein W. P., Owens T. J. Deinstitutionalization, social rejection, and the self-esteem of former mental patients //Journal of health and social behavior. – 2000. – C. 68-90;
93. Wrigley S. et al. Role of stigma and attitudes toward help-seeking from a general practitioner for mental health problems in a rural town //Australian & New Zealand Journal of Psychiatry. – 2005. – T. 39. – №. 6. – C. 514-521;
94. Wylie R. C. The self-concept (Vol. 2). – 1979;
95. Yanos P. T. et al. Pathways between internalized stigma and outcomes related to recovery in schizophrenia spectrum disorders //Psychiatric Services. – 2008. – T. 59. – №. 12. – C. 1437-1442;

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение А.

Текст методики SSMIS, предъявляемый группе больных шизофренией.

Имя:

Возраст:

Инструкция: В обществе существуют различные представления о людях с психическими расстройствами. Некоторые из них могут быть оскорбительными. Мы хотели бы знать, что вы думаете об этих стереотипах, существующих в обществе.

Пожалуйста, ответьте на следующие вопросы, используя 9-балльную шкалу ниже, где 1 означает абсолютное несогласие с высказыванием, а 9- абсолютное согласие. Рядом с каждым высказыванием поставьте соответствующую цифру.

Абсолютно не согласен			не знаю			Абсолютно согласен		
1	2	3	4	5	6	7	8	9

I. Мне кажется, в обществе верят, что...

- 1) ...большинству людей с психическими расстройствами нельзя доверять.
- 2) ...большинство людей с психическими расстройствами внушают отвращение.
- 3) ...большинство людей с психическими расстройствами не могут получить или сохранить постоянную работу.
- 4) ...большинство людей с психическими расстройствами неопрятны.
- 5) ...большинство людей с психическими расстройствами виноваты в своих проблемах.
- 6) ...большинство людей с психическими расстройствами имеет интеллект ниже среднего.
- 7) ...большинство людей с психическими расстройствами непредсказуемы.
- 8) ...большинство людей с психическими расстройствами не смогут почувствовать себя лучше или поправиться.
- 9) ...большинство людей с психическими расстройствами опасны.
- 10) ...большинство людей с психическими расстройствами не могут позаботиться о себе.

II. Я думаю, что...

- 1) ...большинство людей с психическими расстройствами виноваты в своих проблемах.
- 2) ...большинство людей с психическими расстройствами непредсказуемы.
- 3) ...большинство людей с психическими расстройствами не смогут почувствовать себя лучше или поправиться.

- 4) ...большинство людей с психическими расстройствами не могут получить или сохранить постоянную работу.
- 5) ...большинство людей с психическими расстройствами неопрятны.
- 6) ...большинство людей с психическими расстройствами опасны.
- 7) ...большинству людей с психическими расстройствами нельзя доверять.
- 8) ...большинство людей с психическими расстройствами имеет интеллект ниже среднего.
- 9) ...большинство людей с психическими расстройствами не могут позаботиться о себе.
- 10) ...большинство людей с психическими расстройствами внушают отвращение.

III. Из-за того, что у меня психическое расстройство, ...

- 1) ...я имею интеллект ниже среднего.
- 2) ...мне нельзя доверять.
- 3) ...я не могу получить или сохранить постоянную работу.
- 4) ...я неопрятен.
- 5) ...я не могу позаботиться о себе.
- 6) ...я не смогу почувствовать себя лучше или поправиться.
- 7) ...я виноват в своих проблемах.
- 8) ...я непредсказуем.
- 9) ...я опасен.
- 10) ...я внушаю отвращение.

IV. Сейчас я уважаю себя меньше...

- 1) ...потому что я не могу позаботиться о себе.
- 2) ...потому что я не могу получить или сохранить постоянную работу.
- 3) ...потому что я опасен.
- 4) ...потому что мне нельзя доверять.
- 5) ...потому что я виноват в своих проблемах.
- 6) ...потому что я не смогу почувствовать себя лучше или поправиться.
- 7) ...потому что я вызываю отвращение.
- 8) ...потому что я непредсказуем.
- 9) ...потому что я неопрятен.
- 10) ...потому что я ниже среднего по интеллекту.

Приложение Б.

Текст методики SSMIS, предъявляемый группе здоровых людей.

Имя:

Возраст:

Инструкция: В обществе существуют различные представления о людях с психическими расстройствами. Некоторые из них могут быть оскорбительными. Мы хотели бы знать, что вы думаете об этих стереотипах, существующих в обществе.

Пожалуйста, ответьте на следующие вопросы, используя 9-балльную шкалу ниже, где 1 означает абсолютное несогласие с высказыванием,

а 9- абсолютное согласие. Рядом с каждым высказыванием поставьте соответствующую цифру.

Абсолютно не согласен			не знаю			Абсолютно согласен		
1	2	3	4	5	6	7	8	9

I. Мне кажется, в обществе верят, что...

- 1) ...большинству людей с психическими расстройствами нельзя доверять.
- 2) ...большинство людей с психическими расстройствами внушают отвращение.
- 3) ...большинство людей с психическими расстройствами не могут получить или сохранить постоянную работу.
- 4) ...большинство людей с психическими расстройствами неопытны.
- 5) ...большинство людей с психическими расстройствами виноваты в своих проблемах.
- 6) ...большинство людей с психическими расстройствами имеет интеллект ниже среднего.
- 7) ...большинство людей с психическими расстройствами непредсказуемы.
- 8) ...большинство людей с психическими расстройствами не смогут почувствовать себя лучше или поправиться.
- 9) ...большинство людей с психическими расстройствами опасны.
- 10) ...большинство людей с психическими расстройствами не могут позаботиться о себе.

II. Я думаю, что...

- 1) ...большинство людей с психическими расстройствами виноваты в своих проблемах.
- 2) ...большинство людей с психическими расстройствами непредсказуемы.
- 3) ...большинство людей с психическими расстройствами не смогут почувствовать себя лучше или поправиться.

- 4) ...большинство людей с психическими расстройствами не могут получить или сохранить постоянную работу.
- 5) ...большинство людей с психическими расстройствами неопрятны.
- 6) ...большинство людей с психическими расстройствами опасны.
- 7) ...большинству людей с психическими расстройствами нельзя доверять.
- 8) ...большинство людей с психическими расстройствами имеет интеллект ниже среднего.
- 9) ...большинство людей с психическими расстройствами не могут позаботиться о себе.
- 10) ...большинство людей с психическими расстройствами внушают отвращение.

III. Если бы у меня было психическое расстройство, ...

- 1) ...я имел бы интеллект ниже среднего.
- 2) ...мне было бы нельзя доверять.
- 3) ...я не мог бы получить или сохранить постоянную работу.
- 4) ...я был бы неопрятен.
- 5) ...я не мог бы позаботиться о себе.
- 6) ...я не смог бы почувствовать себя лучше или поправиться.
- 7) ...я был бы виноват в своих проблемах.
- 8) ...я был бы непредсказуем.
- 9) ...я был бы опасен.
- 10) ...я внушал бы отвращение.

IV. Сейчас я уважаю себя меньше...

- 1) ...потому что я не могу позаботиться о себе.
- 2) ...потому что я не могу получить или сохранить постоянную работу.
- 3) ...потому что я опасен.
- 4) ...потому что мне нельзя доверять.
- 5) ...потому что я виноват в своих проблемах.
- 6) ...потому что я не смогу почувствовать себя лучше или поправиться.
- 7) ...потому что я вызываю отвращение.
- 8) ...потому что я непредсказуем.
- 9) ...потому что я неопрятен.
- 10) ...потому что я ниже среднего по интеллекту.